



UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

FACULDADE DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSQUIATRÍA, RADIOLOXÍA E
MEDICINA FÍSICA E MEDICINA PREVENTIVA

Área de Medicina Preventiva e Saúde Pública

Factores predictores de la percepción de la salud y calidad de vida. Estudio de una cohorte de ancianos

Memoria que para optar al Grado de Doctora presenta
M^a José Fernández Domínguez

Santiago de Compostela, 2015



Juan Jesús Gestal Otero, Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago de Compostela y **Manuel Anxo Blanco Ramos**, Doctor en Medicina por la Universidad de Santiago de Compostela.

CERTIFICAN

Que Doña **Mª José Fernández Domínguez**, Licenciada en Medicina y Cirugía, ha realizado bajo su dirección el trabajo de investigación: “Factores predictores de la percepción de la salud y calidad de vida. Estudio de una cohorte de ancianos”.

Que han revisado el trabajo y están conformes con su presentación para ser defendido públicamente como Tesis Doctoral.

Y, para que así conste a los efectos oportunos lo firman en:

Santiago de Compostela a 6 de noviembre de 2015.

J.J. Gestal Otero

M.A. Blanco Ramos



*A mis maravillosos hijos Pedro y Miguel,
que siendo pequeños, me han estimulado a seguir luchando todos los días.*

*A mi increíble familia, los que están y los que ya no están
pero, que siempre están ahí.
Esto es el resultado de su inefable apoyo y confianza en mí.*

*A Rosalía, sin su aliento, ayuda y ánimo constante
habría sido imposible, gracias.*



Agradecimientos.

Al Dr. Juan Jesús Gestal Otero, por creer en mí y en este trabajo. Gracias por su acertada e imprescindible dirección.

Al Dr. Manuel Ángel Blanco Ramos, por su continua ayuda, asesoramiento y por estar siempre ahí, recordándome que este proyecto era posible.

Al Dr. Carlos Menéndez Villalva, la persona que me inició en el maravilloso y no siempre agradecido mundo de la investigación. Mi "siempre tutor", en mi formación tanto profesional como personal.

A los médicos de Atención Primaria, porque sin su ayuda este estudio no se podría llevar a cabo.

Al incansable encuestador, David y todo el equipo de trabajo, Chus, Ana, Pilar por su organización del trabajo y sus incansables llamadas telefónicas, a Jorge por la elaboración de los listados y a Mercedes por su energía, ilusión y ánimos constantes, sin ellos habría sido impensable esta investigación, y sin nuestro sabio director, Manuel imposible.

A esos afables ancianos ourensanos, que nos han vuelto a abrir sus puertas y recibir en su casa y que son los protagonistas absolutos de esta investigación.

A M^a Teresa Alves Pérez (Maite), por su desinteresado e imprescindible apoyo estadístico y por sus ánimos constantes.

A Myriam por su aportación en la elaboración de nuestra portada, su increíble sentido del humor y su estímulo constante.

Por último, a mis compañeros Roberto, Trini, Marga, M^a José, Isabel, Eugenia, Alicia, Marisol con los que he trabajado, investigado y descubierto su inestimable aprecio y fe en mí, gracias.



Financiación:

Este trabajo de investigación se ha financiado con una beca de investigación de la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia, en colaboración con el Ministerio de Ciencia e Innovación a través del instituto de Salud Carlos III, para la realización de proyectos de investigación en los centros del sistema sanitario público gallego (orden del 27 de junio de 2008). Número de expediente PS08/50. Proyecto titulado: "Personas mayores del Ayuntamiento de Ourense. Determinación multifactorial de su estado funcional".

Imagen de portada: World Health Day 2012 "Ageing and Health. Good Health adds Life to Years" <http://www.who.int/world-health-day/2012/en/> © World Health Organization.

Helmut Wirz, aus der Serie "Silver Heroes_" <http://www.silver-heroes.com/news/2012/03/who-ageing-campaign-good-health-adds-life-to-years/> Dortmund 2009 © Karsten Thormaehlen.





ÍNDICE GENERAL



Índice General	11
Índice de tablas	17
Índice de Ilustraciones	23
Abreviaturas	27
Resumen , resumen, summary	31
I.- Introducción	49
Envejecimiento activo	52
Demografía	59
Envejecimiento de la población mundial	59
Situación de la comunidad autónoma de Galicia. Pirámides de población	66
Calidad de vida y vejez	71
Principales estudios longitudinales en envejecimiento	81
Valoración geriátrica integral y medición de calidad de vida	85
Instrumento de medición de calidad de vida	88
II.- Planteamiento del trabajo	91
Objetivo principal	93
Objetivos secundarios	94
III.- Material y métodos	95
Búsqueda bibliográfica	97
Estrategia de búsqueda	97
Criterios de selección de los artículos	97
Según el diseño del estudio	97
Según el idioma	97
Según los MeSH	98
Tipo de estudio	98
Población diana	99
Selección de la cohorte	99
Metodología	100
Recogida de datos	100
Acceso a los entrevistados	100
Entrevistador	101
Instrumento de medida	101

Variables del estudio - Descripción del OARS-MFAQ	102
Variables de filiación.....	102
Variables clínicas y sociofamiliares	103
OARS-MFAQ-Parte A	103
OARS-MFAQ-Parte B	105
OARS-MFAQ-Parte final	106
Modo de aplicación	106
Recogida y análisis estadístico de los datos.....	107
Financiación	110
Dificultades del estudio.....	110
Aspectos éticos	110
IV.- Resultados	113
No respondedores. Excluidos.....	115
Análisis de mortalidad	115
Características sociodemográficas	119
OARS. Cohorte de la ciudad de Ourense	122
Multidimensional Functional Assesment Questionnaire (MFAQ)	123
Recursos sociales	123
Recursos económicos.....	125
Salud mental.....	127
Salud física.....	129
Cuidados médicos	129
Enfermedades y medicación	130
Incapacidades	133
Autopercepción de la salud física por los sujetos	134
Actividades de la vida diaria. AVD	135
Actividades de la vida diaria instrumentales. AVDI.....	135
Actividades de la vida diaria básicas. AVDB	137
Índice de Katz. Aproximación teórica	139
Incontinencia urinaria	140
Utilización de servicios.....	141
Área de mantenimiento básico o diario	141
Servicios sanitarios (terapéuticos/rehabilitadores)	143
Servicios sociales/entretenimiento	144

Servicios de sostenimiento	145
Proveedores de servicios	147
Información del encuestador	147
Puntuaciones de deterioro funcional (PDF)	148
PDF en área de recursos sociales	149
PDF en área de recursos económicos	150
PDF en área de salud mental	151
PDF en área de salud física	151
PDF en área de actividades de la vida diaria.....	152
Regresión lineal simple y múltiple de las diversas áreas de las puntuaciones de deterioro funcional	154
Área de recursos sociales	154
Área de recursos económicos	156
Área de salud mental	159
Área de salud física	162
Área de actividades de la vida diaria	166
Regresión logística univariante y multivariante del Índice de Katz	168
V.- Discusión	175
Planteamiento del estudio	178
Material y métodos	178
Análisis de la muestra y de las pérdidas durante el estudio	178
Análisis de mortalidad	179
Del instrumento de medida	180
Resultados	181
Encuesta OARS. Cohorte de la ciudad de Ourense	181
Características sociodemográficas	181
MFAQ. Multidimensional Functional Assesment Questionnaire	183
Recursos sociales. Red social	183
Recursos económicos	186
Salud mental	188
Salud física	191
Enfermedades, medicación e incapacidades	193
Actividades de la vida diaria. AVD	198
Índice de Katz	199

La mujer y la percepción de la calidad de vida	202
Utilización de servicios	203
Services Assessment Questionnaire. SAQ	204
Área de mantenimiento básico o diario	204
Servicios sanitarios	204
Servicios sociales/entretenimiento	206
Servicios de sostenimiento	207
Proveedor de servicios	209
Información del encuestador	209
Puntuaciones de deterioro funcional	209
Utilidades y aplicación en el área clínica y de los servicios sociales	211
VI. Conclusiones	213
VII. Bibliografía	217
VIII. Anexos	241
Documentos	
A1. Dictamen del Comité Ético de Investigación Clínica	
A2. Presentación en rueda de prensa del trabajo de investigación	
A3. Carta a los profesionales sanitarios	
A4. Carta a los usuarios	
A5. Consentimiento informado	
A6. Encuesta OARS. Versión gallega.	
A7. Manual del entrevistador.	
A8. Escalas de valoración de las puntuaciones de deterioro funcional.	
Tablas, ilustraciones y resultados.	
A9. Tabla de relación de enfermedades que refieren e interfieren con la vida según la cohorte.	
A10. Representación gráfica de los modelos de regresión múltiple de las diversas áreas de puntuación de deterioro funcional.	
A11. Cálculos de los intervalos de confianza y diferencia de proporciones de las distintas variables estudiadas.	
A12. Cálculos de las variables de las diferentes áreas estudiadas según el sexo.	



ÍNDICE DE TABLAS



Tabla I. Dominios de calidad de vida.....	75
Tabla II. Resumen de la normativa internacional sobre las personas mayores.....	80
Tabla III. Principales estudios longitudinales sobre envejecimientos actuales	83
Tabla IV. Motivos de exclusión. Distribución según el sexo	115
Tabla V. Modelo de regresión de Cox univariante y multivariante. HR: Hazard Ratio. IC: Intervalo de confianza para la Hazard Ratio	118
Tabla VI: Características socio-demográficas iniciales y finales de la cohorte a estudio	121
Tabla VII: Personas que conviven con los encuestados al inicio y final del estudio	123
Tabla VIII: Área de recursos sociales iniciales y finales	124
Tabla IX: Área de recursos económicos iniciales y finales	126
Tabla X: Afirmaciones más destacables del Short Psychiatric Evaluation Sheduke (SPES) al inicio y final del estudio	127
Tabla XI: Área de salud mental inicial y final	128
Tabla XII: Relación de medicamentos que toman los encuestados al inicio y final del estudio	131
Tabla XIII: Valoración global de la salud inicial y final	134
Tabla XIV: Actividades instrumentales de la vida diaria al inicio y final del estudio	136
Tabla XV: Actividades de la vida diaria básicas al inicio y final del estudio	138
Tabla XVI: Área de servicios de mantenimiento básico o diario. Distribución de porcentajes y su variación al inicio y final del estudio	142
Tabla XVII: Área de servicios sanitarios (terapéutica o rehabilitadora). Distribución de porcentajes y su variación al inicio y final del estudio	144

Tabla XVIII: Área de servicios sociales/entretenimiento. Distribución de porcentajes y su variación al inicio y final del estudio	145
Tabla XIX: Área de servicios sostenimiento. Distribución de porcentajes y su variación al inicio y final del estudio	146
Tabla XX: Relación de proveedores según el servicio. Distribución de porcentajes inicial y final	147
Tabla XXI: Información del encuestador. Puntuación del deterioro funcional en el área de recursos sociales al inicio y final del estudio	150
Tabla XXII: Información del encuestador. Puntuación del deterioro funcional en el área de recursos económicos al inicio y final del estudio	150
Tabla XXIII: Información del encuestador. Puntuación del deterioro funcional en el área de salud mental al inicio y final del estudio	151
Tabla XXIV: Información del encuestador. Puntuación de las actividades de la salud física al inicio y final del estudio	152
Tabla XXV: Información del encuestador. Puntuación de las actividades de la vida diaria al inicio y final del estudio	152
Tabla XXVI: Regresión lineal simple de la diferencia de recursos sociales (2009-2001) con respecto a las distintas variables relacionadas con estos recursos (* categoría de referencia: no)	154
Tabla XXVII: Regresión múltiple del área de recursos sociales	156
Tabla XXVIII: Regresión lineal simple de la diferencia de recursos económicos (2009-2001) con respecto a las distintas variables relacionadas con estos recursos (* categoría de referencia: no)	157
Tabla XXIX: Regresión múltiple del área de recursos económicos	159
Tabla XXX: Regresión lineal simple de la diferencia de salud mental (2009-2001) con respecto a las distintas variables relacionadas con estos recursos. (* categoría de referencia: no)	160
Tabla XXXI: Regresión múltiple del área de salud mental	162

Tabla XXXII: Regresión lineal simple de la diferencia de salud física (2009-2001) con respecto a las distintas variables relacionadas con estos recursos. (* categoría de referencia: no)	163
Tabla XXXIII: Regresión múltiple del área de salud física	165
Tabla XXXIV: Regresión lineal simple de la diferencia de AVD (2009-2001) con respecto a las distintas variables relacionadas con estos recursos. (* categoría de referencia: no)	163
Tabla XXXV: Regresión múltiple del área de AVD	168
Tabla XXXVI: Regresión logística univariante. Variable predictora: índice de Katz 2010. (* categoría de referencia: sí)	169
Tabla XXXVII: Regresión logística multivariante. Variable predictora: Índice de Katz 2009	170
Tabla XXXVIII: Análisis univariante de las distintas variables con el índice de Katz 2009	171
Tabla XXXIX: Regresión logística univariante. Variable predictora: Índice de Katz 2009	172
Tabla XL: Regresión logística multivariante. Variable predictora: Índice de Katz 2009	173





ÍNDICE DE ILUSTRACIONES



Ilustración 1: Porcentaje de la población mayor de 60 años por región principal, 1994, 2014, 2050	60
Ilustración 2: Pirámide poblacional España. Proyecciones 2012-2052	63
Ilustración 3: Pirámides poblacionales Ourense y Galicia 2013	67
Ilustración 4: Porcentaje de población de 65 o más años en Galicia 2013	68
Ilustración 5: Índice de envejecimiento Galicia 2013	68
Ilustración 6: Índice de sobre-envejecimiento 2013	69
Ilustración 7: Evolución en Galicia de los índice de población de >65 años, índice de envejecimiento e índice de sobre-envejecimiento en los últimos 38 años	69
Ilustración 8: Evolución en Ourense de los índice de población de >65 años, índice de envejecimiento e índice de sobre-envejecimiento en los últimos 38 años	70
Ilustración 9: Principios y criterios para fundamentar un modelo de atención integral centrado en la persona	78
Ilustración 10: Diagrama de Kaplan Meier para la probabilidad de supervivencia.....	116
Ilustración 11: Estimación de Kaplan Meier en función del estado civil	117
Ilustración 12: Distribución de los excluidos e incluidos según el sexo	119
Ilustración 13: Diagrama de cajas que representan el comportamiento de la edad según el sexo y comparativa de las dos cohortes	120
Ilustración 14: Evolución del estado cognitivo de los individuos en el estudio en el periodo (2001-2009). Short Portable Status Questionnaire	122
Ilustración 15: Nº de medicamentos que toman los ancianos entre los años 2001-2009	130
Ilustración 16: Media de enfermedades al inicio y final del estudio	132

Ilustración 17: Utilización de dispositivos de ayuda en el año 2001 y 2009	133
Ilustración 18: Representación gráfica del índice de Katz en el año 2001 y 2009	140
Ilustración 19: Valoración del encuestador a la información recibida del área objetiva y subjetiva en el año 2001 y 2009.....	148
Ilustración 20: Información del encuestador. Representación gráfica de las cinco áreas de puntuación de deterioro funcional. Porcentajes inicial y final	149
Ilustración 21: Representación de cada una de las áreas de deterioro funcional en función de las cohortes.....	153





ABREVIATURAS



- UE: Unión Europea
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- AVD: Actividades de la Vida Diaria
- SHARE: Encuesta sobre Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa
- EaSI: Programa para el Empleo y la Innovación Social
- TICs: Tecnologías de la comunicación e Información
- AIEAS: Asociación para la Innovación en materia de Envejecimiento Activo y Saludable
- INE: Instituto Nacional de Estadística
- ONU: Organización de las Naciones Unidas
- OARS: Older American Resource and Service
- OARS-MFAQ: The Olders Americans Resources and Services Program-Multidimensional Functional Assesment Questionnaire
- OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
- AVDB: Actividades de la Vida Diaria Básica
- ENSE: Encuesta Nacional de Salud de España
- AICP: Atención Integral Centrada en la Persona
- PCP: Planificación Centrada en la Persona
- HRS: Health and Retirement Study
- ELSA: English Longitudinal Study of Ageing
- TILDA: The Irish Longitudinal Study on Ageing
- CLSA: Canadian Longitudinal Study on Aging
- ELES: Estudio Longitudinal Envejecer en España
- CSIC: Consejo Superior de Investigaciones Científicas

- FRADEA: Fragilidad y Dependencia en Albacete
- VGI: Valoración Geriátrica Integral
- AVDI: Actividades de la Vida Diaria Instrumentales
- CVRS: Calidad de Vida Relacionada con la Salud
- SPMSQ: Short Portable Mental Status Questionnaire
- SPES: Short Pchyatric Evaluation Schedule
- PIB: Producto Interior Bruto





RESUMEN. RESUMO. SUMMARY



RESUMEN.

Introducción: El envejecimiento de la población es uno de los mayores triunfos de la humanidad y también, uno de nuestros mayores desafíos. A escala mundial, la proporción de personas mayores de 60 años o más, aumentó del 9% en 1994 al 12% en 2014, y se espera que alcance el 21% en 2050. Supondrá casi 2.000 millones en ese año, de las cuales cerca de un 85% vivirá en los actuales países en desarrollo, sobre todo en zonas urbanas, lo que repercutirá en los ámbitos económico, político y social y en los sistemas de salud. Las personas mayores son el grupo de población de más rápido crecimiento en el mundo. En 2014, la tasa de crecimiento anual de la población de mayores de 60 años casi triplicó la tasa de crecimiento de la población en su conjunto constituyendo uno de nuestros mayores retos.

Junto a España, Portugal, Italia y Grecia también serán las naciones más envejecidas en 2050 con más de un 30% de mayores de 65 años según la ONU. En España supondrá el 36,38%, lo que significa que más de la tercera parte de los residentes en España en 2050 superará los 65 años; en el año 1960 era del 8,2% y en el 2000, el 16,7%, esto quiere decir que la cifra de mayores ha aumentado siete veces en el siglo XX por solo 2 la de la población total, y la de octogenarios se ha multiplicado por 13. Si en el siglo XX se ha vivido una revolución de la longevidad, los octogenarios es el descubrimiento del último cuarto de siglo, con la aparición de un colectivo de ancianos con gran vulnerabilidad física y social, con necesidades sociosanitarias nuevas para la sociedad. Según el último informe del Eurostat del año 2014, Ourense ocupa el tercer lugar en la proporción de población mayor de 65 años de las regiones de Europa, con un 29,6% después de la región del Piñal interior en el sur de Portugal (32,4%) y de la región Erytania en Grecia (32,2%).

El incremento de la población de más de 60 años en la UE, a un ritmo mucho más rápido que en cualquier tiempo pasado, es muy positivo ya que es una consecuencia lógica de la mejora de la salud y la calidad de vida. Pero se acompaña de un verdadero reto, mantener la autonomía y la independencia a medida que se envejece. El estado de salud de las personas es uno de los principales determinantes de su calidad de vida y los factores sociodemográficos tienen un

efecto importante en la percepción de la misma, así las personas de mayor edad con un mismo grado de problemas de salud se perciben como más sanas que las de menor edad. La calidad de vida, más que describir un estado de salud, refleja cómo lo percibimos durante cualquier período de la vida y se relaciona con la salud y con aspectos no médicos como el contexto social, cultural, los valores y expectativas.

Objetivos:

Objetivo Principal: Determinar los factores predictores de la percepción de la salud y calidad de vida en una cohorte de personas mayores de 65 años del Ayuntamiento de Ourense.

Objetivos secundarios: Para ello vamos a realizar en dicha cohorte estudiada por nosotros hace ocho años, un análisis de las modificaciones en la valoración funcional multidimensional que nos permita: 1. Conocer los cambios producidos en las variables que se asocian a la calidad de vida relacionada con la salud en las personas mayores de 65 años no institucionalizadas de la ciudad de Ourense entre 2001 y 2009. 2. Determinar el nivel de discapacidad para las actividades de la vida diaria y riesgo de dependencia de la población estudiada en este periodo. 3. Conocer el uso, demanda y consumo de los diferentes servicios (mantenimiento básico, sanitarios, sociales y de sostenimiento).

Material y métodos:

Tipo de estudio: Se trata de un estudio observacional, prospectivo, de seguimiento después de ocho años, de una cohorte de personas mayores de 65 años.

Emplazamiento: Ciudad de Ourense.

Sujetos: 88 ancianos de una cohorte de 150 personas evaluados previamente con el instrumento OARS en el año 2001. *Criterios de exclusión:* 1.- Individuos que no acepten participar en el trabajo. 2.- Individuos que fueron institucionalizados (residencia de la tercera edad, en un hospital, o en cualquiera institución cerrada). 3.- Cambio de domicilio de las personas y que no pudieron ser localizados posteriormente. 4.- Traslados de domicilio fuera de la provincia de Ourense.

Instrumento de medida: Como instrumento de valoración multidimensional utilizamos el The Olders Americans Resources and Services Program-Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (OARS-MFAQ) que es un cuestionario validado

para el castellano y el gallego y que evalúa todas las áreas funcionales del individuo, incluidos el uso y demanda de servicios sociales. Ha demostrado ser uno de los instrumentos más adecuados para la valoración de los ancianos que viven en la comunidad. Fue utilizado con éxito en España y en una ocasión en Galicia. Presenta un manual de uso que facilita y aclara aquellos aspectos que presenten dificultad en su interpretación. Las entrevistas son hechas por un psicólogo en el hogar del anciano.

Recogida y análisis de los datos: La encuesta OARS-MFAQ se recogió en formato papel, posteriormente fue volcado en una base de datos creada directamente sobre SPSS 15.0 para Windows. El análisis estadístico se realizó con el SPSS 15.0 para Windows y el programa (Software libre) R (www.r-project.org/) sobre todo para el análisis multivariante. Para el cálculo de las diferencias de proporciones y para los IC de las proporciones empleamos el programa estadístico Epidat 3.1.

Financiación: Este trabajo de investigación forma parte de una beca de investigación de la Consellería de Sanidad de la Xunta de Galicia, al proyecto de investigación "PERSONAS MAYORES DEL AYUNTAMIENTO DE OURENSE. DETERMINACIÓN MULTIFACTORIAL DE SU ESTADO FUNCIONAL". Número de expediente PS08/50.

Aspectos éticos: Se solicitó la autorización del Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia que se concedió el 30 de septiembre del 2008 con el código de registro 2008/287.

Resultados: La cohorte objeto del estudio presenta un deterioro significativo en todas las áreas de valoración funcional al final de este periodo de ocho años: El sentimiento de soledad aumenta al 12% en el año 2009 con respecto al 2001 del 10,7%, mayoritariamente en mujeres. Se produce una disminución significativa de las personas que cuidarían indefinidamente al anciano. Encontramos una reducción significativa de las personas que piensan que sus ingresos cubren sus necesidades "medianamente", mientras que aumentan las que consideran escasamente. El centro de salud continúa siendo el recurso sanitario más utilizado aumentando el porcentaje de ancianos que acuden a él en este periodo estudiado. Se produce una disminución de los ancianos que consideran su salud física excelente y mala en aumento de los que la consideran buena y regular. Observamos un aumento de la media de

enfermedades que padece nuestra cohorte de ancianos y un aumento significativo de los que toman más de 2 fármacos. Se produce una reducción en los que encuentran su vida como aburrida, un aumento de los que la consideran interesante, y una disminución significativa de los que encuentran su salud mental excelente y mala en aumento de los que la consideran buena y regular. La dependencia en las AVD presenta un aumento significativo en los ancianos que les afecta de forma moderada a grave (índice de Katz). El mayor aumento de demanda significativo de los servicios a lo largo del periodo de ocho años, de los veintidós servicios sobre los que se recogió información fueron: la ayuda para la realización de las tareas domésticas, la ayuda para la preparación de las comidas, el aumento de ingresos económicos, la ayuda económica para mejorar las condiciones de habitabilidad de la vivienda, la necesidad de cuidados de enfermería, la necesidad de cuidados personales diarios y la necesidad de supervisión continua, de mayor a menor demanda respectivamente. Se produce un descenso significativo en este periodo en la necesidad de ayuda o tratamiento por problemas de salud mental. Las mujeres mayores, las personas mayores casadas o en pareja realizan un mayor consumo de los recursos sociales. A mayor edad se observa un mayor uso de estos recursos. En estos ocho años observamos que, significativamente, estar divorciado supone un empeoramiento de la situación económica. Aquellos ancianos que tienen mayor contacto con personas que no viven con ellos, gozan de una mejor salud mental con el paso del tiempo; se encuentran peor físicamente al cabo del periodo estudiado, pero sin embargo ellos refieren que su estado de salud es excelente. Observamos que a mayor edad mayor riesgo de dependencia, a mayor número de fármacos que toman las personas mayores mayor riesgo de dependencia y los ancianos que encuentran su vida rutinaria o aburrida tienen 3,8 veces más riesgo de dependencia. Entre el 90 y el 100% de los ancianos de nuestra cohorte que empeoraron a lo largo de los ocho años en tener alguien en quien confiar, en los que sentían la necesidad de supervisión, en recibir ayuda para cuidados personales, en la necesidad de recibir más cuidados personales y en aumento de días que estuvieron enfermos en los últimos seis meses, acabaron haciéndose dependientes así como el 84,2% de los que aumentaron el uso del bastón. Las personas mayores que empeoraron en la audición tienen 3 veces mayor riesgo de dependencia, las que empeoran en la dentición, teniendo que utilizar dentadura postiza, tienen 4 veces mayor riesgo de

dependencia y las que empeoran en sentir la necesidad de tener cuidados de enfermería tienen 2,8 veces más riesgo, aunque esta última no sea significativa.

Conclusiones: La cohorte objeto de estudio presenta un deterioro significativo en todas las áreas de valoración funcional. Encontramos un aumento del deterioro físico e intelectual con una paradójica sensación de mayor bienestar emocional. El riesgo de un mayor grado de dependencia se asocia con la mayor edad, polipatología, disminución de la movilidad, falta de ayuda para las AVD, pérdida de audición, uso de prótesis dentarias, sentimiento de su vida como aburrida y la soledad. Se observa un mayor uso de todo tipo de servicios de apoyo o de recursos sociales en la población actual que en la evaluada hace ocho años. Las mujeres, los ancianos casados o en pareja y de mayor edad realizan un mayor consumo de recursos sociales.





RESUMO.

Introdución: O envellecemento da poboación é un dos maiores trunfos da humanidade e tamén un dos nosos maiores desafíos. A escala mundial, a proporción de persoas maiores de 60 anos ou máis, aumentou do 9% en 1994 ao 12% en 2014, e espérase que acade o 21 % en 2050. Suporá case 2.000 millóns nese ano, das cales preto dun 85% vivirá nos actuais países en desenvolvemento, sobre todo en zonas urbanas, o que repercutirá nos ámbitos económico, político e social e nos sistemas de saúde. As persoas maiores son o grupo de poboación de máis rápido crecemento no mundo. En 2014, a taxa de crecemento anual da poboación de maiores de 60 anos case triplicou a taxa de crecemento da poboación no seu conxunto, constituíndo un dos nosos maiores retos.

Xunto a España, Portugal, Italia e Grecia tamén serán as nacións máis envellecidas en 2050 con máis dun 30% de maiores de 65 anos segundo a ONU. En España suporá o 36,38%, o que significa que máis da terceira parte dos residentes en España en 2050 superará os 65 anos; no ano 1960 era o 8,2% e no 2000, o 16,7%, isto quere dicir que a cifra de maiores aumentou sete veces no século XX por só 2 a da poboación total, e a de octoxenarios multiplicouse por 13. Se no século XX viviuse unha revolución da lonxevidade, os octoxenarios é o descubrimento do último cuarto de século, coa aparición dun colectivo de anciáns con gran vulnerabilidade física e social, con necesidades sociosanitarias novas para a sociedade. Segundo o último informe do Eurostat do ano 2014, Ourense ocupa o terceiro lugar na proporción de poboación de maior de 65 anos das rexións de Europa, cun 29,6%, despois da rexión do Piñal, interior no sur de Portugal (32,4%) e da rexión Erytania en Grecia (32,2%).

O incremento da poboación de máis de 60 anos na UE, a un ritmo moito máis rápido que en calquera tempo pasado, é moi positivo xa que é unha consecuencia lóxica da mellora da saúde e a calidade de vida. Pero, acompáñase dun verdadeiro reto, manter a autonomía e a independencia a medida que se envellece. O estado de saúde das persoas é un dos principais determinantes da súa calidade de vida e os factores sociodemográficos teñen un efecto importante na percepción da mesma, así as persoas de maior idade cun mesmo grao de problemas de saúde percíbense

como máis sas que as de menor idade. A calidade de vida, máis que describir un estado de saúde, reflicte como o percibimos durante calquera período da vida e relaciónase coa saúde e con aspectos non médicos como o contexto social, cultural, os valores e expectativas.

Obxectivos:

Obxectivo Principal: Determinar os factores predictores da percepción da saúde e calidade de vida nunha cohorte de persoas maiores de 65 anos do concello de Ourense.

Obxectivos secundarios: Para iso imos a realizar na devantida cohorte estudada por nós hai oito anos, unha análise das modificacións na valoración funcional multidimensional que nos permita: 1. Coñecer os cambios producidos nas variables que se asocian á calidade de vida relacionada coa saúde nas persoas maiores de 65 anos non institucionalizadas da cidade de Ourense entre 2001 y 2009. 2. Determinar o nivel de discapacidade para as actividades da vida diaria e risco de dependencia da poboación estudada neste período. 3. Coñecer o uso, demanda e consumo dos diferentes servizos (mantemento básico, sanitarios, sociais e de sostemento).

Material e métodos:

Tipo de estudo: Trátase dun estudo observacional, prospectivo, de seguimento despois de oito anos, dunha cohorte de persoas maiores de 65 anos.

Emprazamento: Cidade de Ourense.

Suxeitos: 88 anciáns dunha cohorte de 150 persoas avaliados previamente co instrumento OARS no ano 2001. *Criterios de exclusión:* 1.- Individuos que non acepten participar no traballo. 2.- Individuos que foron institucionalizados (residencia da terceira idade, nun hospital, ou en calquera institución pechada). 3.- Cambio de domicilio das persoas e que non puideron ser localizados posteriormente. 4.- Traslados de domicilio fóra da provincia de Ourense.

Instrumento de medida: Como instrumento de valoración multidimensional utilizamos o The Olders Americans Resources and Services Program-Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (OARS-MFAQ) que é un cuestionario validado para o castelán e o galego e que evalúa todas as áreas funcionais do individuo, incluídos o uso e demanda de servizos sociais. Demostrou ser un dos instrumentos

máis adecuados para a valoración dos anciáns que viven na comunidade. Foi utilizado con éxito en España e nunha ocasión en Galicia. Presenta un manual de uso que facilita e aclara aqueles aspectos que presenten dificultade na súa interpretación. As entrevistas son feitas por un psicólogo no fogar do ancián.

Recollida e análise dos datos: A enquisa OARS-MFAQ recolleuse en formato papel, posteriormente foi envorcado nunha base de datos creada directamente sobre SPSS 15.0 para Windows. A análise estatística realizouse co SPSS 15.0 para Windows e o programa (Software libre) R (www.r-project.org/) para a análise multivariante. Para o cálculo das diferenzas de proporcións e para os IC das proporcións empregamos o programa estatístico Epidat 3.1.

Financiación: Este traballo de investigación forma parte dunha bolsa de investigación da Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia, ao proxecto de investigación "PERSONAS MAYORES DEL AYUNTAMIENTO DE OURENSE. DETERMINACIÓN MULTIFACTORIAL DE SU ESTADO FUNCIONAL". Número de expediente PS08/50.

Aspectos éticos: Solicitouse a autorización do Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia que se concedeu o 30 de setembro do 2008 co código de rexistro 2008/287.

Resultados: A cohorte obxecto do estudo presenta unha deterioración significativa en todas as áreas de valoración funcional ao final deste período de oito anos: O sentimento de soidade aumenta ao 12% no ano 2009 con respecto ao 2001 do 10,7%, maioritariamente en mulleres. Prodúcese unha diminución significativa das persoas que coidarían indefinidamente ao ancián. Atopamos unha redución significativa das persoas que pensan que os seus ingresos cobren as súas necesidades "medianamente", mentres que aumentan as que consideran "escasamente". O centro de saúde continua sendo o recurso sanitario máis utilizado aumentando a porcentaxe de anciáns que acoden a el neste período estudado. Prodúcese unha diminución dos anciáns que consideran a súa saúde física excelente e mala en aumento dos que a consideran boa e regular. Observamos un aumento da media de enfermidades que padece a nosa cohorte de anciáns e un aumento significativo dos que toman máis de 2 fármacos. Prodúcese unha redución nos que atopan a súa vida como aburrida, un aumento dos que a consideran

interesante, e unha diminución significativa dos que atopan a súa saúde mental excelente e mala en aumento dos que a consideran boa e regular. A dependencia nas AVD presenta un aumento significativo nos anciáns que lles afecta de forma moderada a grave (índice de Katz). O maior aumento de demanda significativo dos servizos ao longo do período de oito anos, dos vinte e dous servizos sobre os que se recolleu información foron: a axuda para a realización das tarefas domésticas, a axuda para a preparación das comidas, o aumento de ingresos económicos, a axuda económica para mellorar as condicións de habitabilidade da vivenda, a necesidade de coidados de enfermería, a necesidade de coidados persoais diarios e a necesidade de supervisión continua, de maior a menor demanda respectivamente. Prodúcese un descenso significativo neste período na necesidade de axuda ou tratamento por problemas de saúde mental. As mulleres maiores, as persoas maiores casadas ou en parella realizan un maior consumo dos recursos sociais. A maior idade obsérvase un maior uso destes recursos. Nestes oito anos observamos que, significativamente, estar divorciado supón un empeoramento da situación económica. Aqueles anciáns que teñen maior contacto con persoas que non viven con eles, gozan dunha mellor saúde mental co paso do tempo; atópanse peor fisicamente ao cabo do período estudado, pero con todo eles refiren que o seu estado de saúde é excelente. Observamos que a maior idade maior risco de dependencia, a maior número de fármacos que toman as persoas maiores, maior risco de dependencia e os anciáns que atopan a súa vida rutineira ou aburrida teñen 3,8 veces máis risco de dependencia. Entre o 90 e o 100% dos anciáns da nosa cohorte que empeoraron ao longo dos oito anos en: ter alguén en quen confiar, nos que sentían a necesidade de supervisión, en recibir axuda para coidados persoais, na necesidade de recibir máis coidados persoais e en aumento de días que estiveron enfermos nos últimos seis meses, acabaron facéndose dependentes así como o 84,2% dos que aumentaron o uso do bastón. As persoas maiores que empeoraron na audición teñen 3 veces maior risco de dependencia, as que empeoran na dentición, tendo que utilizar dentadura postiza, teñen 4 veces maior risco de dependencia e as que empeoran en sentir a necesidade de ter coidados de enfermería teñen 2,8 veces máis risco, aínda que esta última non sexa significativa.

Conclusiones: A cohorte obxecto de estudo presenta unha deterioración significativa en todas as áreas de valoración funcional. Atopamos un aumento da

deteriorización física e intelectual coa paradoxal sensación de maior benestar emocional. O risco dun maior grao de dependencia asóciase coa maior idade, polipatoloxía, diminución da mobilidade, falta de axuda para as AVD, perda de audición uso de próteses dentarias, sentimento da súa vida como aburrida e de soedade. Obsérvase un maior uso do todo tipo de servizos de apoio ou de recursos sociais na poboación actual que na evaluada hai oito anos. As mulleres, os anciáns casados ou en parella ou de maior idade realizan un maior consumo de recursos sociais.





SUMMARY.

Introduction: The ageing of population is one of the biggest victories of humanity as well as one of the biggest challenges. On a global scale, the proportion of people older than 60 years, increased from a 9% of the total in 1994 to a 12% in 2014, and it is expected to reach 21% by 2050. This rise will suppose nearly 2000 million people in this year, of which around an 85% will live in the current countries in development, mainly in the metropolitan areas, which will have an effect on the economic, political and social fields as well as on the health systems. The elders are the population group with a faster growth in the world. In 2004, the annual growth rate of the population over 60 years almost tripled the total growth rate, is one of our largest defiances.

Along with Spain, Portugal, Italy and Greece will also be the most aged nations by 2050 with over a 30% of the population over 65 years old according to the UN. Regarding Spain, they will suppose a 36.38% of the total population, which means that more than one third of the spanish residents in 2050 will be over 65 years old; in 1960 it was an 8.2% and in 2000 a 16.7%, this means that the number of elders has seen a raise of seven times the total in the 20th century in contrast with a total population raise of only two times the previous one and, what is more, the number of octogenarians has been multiplied by 13. Being longevity a revolution of the 20th century, the octogenarians are a discovery of the past quarter-century, a group of old people with huge social and physical vulnerability that require socio-sanitary necessities which are new for society. According to the latest Eurostat report released in 2014, "Ourense" occupies the third place of Europe 's regions with regard to the largest proportion of population that exceeds the 65 year-old barrier (29.6%), after "Piñal Interior" in the south of Portugal (32.4%) and "Erytania" in Greece (32.2%).

The increase in the over 60 years old population on the EU, at a faster rate than any time before, is a positive fact since it is the logical consequence of health improvement and quality of life. But it is also a real challenge in terms of maintaining the autonomy and independence while you are getting old. Individual's medical condition is one of the decisive aspects on quality of life and so are the socio-demographic factors, thus older people with similar health problems are perceived as

healthier than younger ones. More than describing a medical condition, quality of life shows how we sense it during every life stage, and it is related to health and non-medical aspects such as social and cultural context or values and expectations.

Objectives:

Main objective: To determine the predictive factors of health and quality of life perception among a cohort of people, older than 65 years old, in Ourense's town.

Secondary objective: To carry out, in this cohort studied eight years ago, an analysis of the modifications in multidimensional functional assessment, which could allow us:

1. To distinguish the changes produced on the variables associated to quality of life related to health on people over 65 years old, not institutionalized, in Ourense between 2001 and 2009. 2. To determine the level of disability for daily tasks and the risk of dependency, of the population studied during this period. 3. To know the usage, demand and consumption of the different services (basic maintenance, sanitary, social and sustain).

Material and methods:

Type of study: It is about an observational, prospective and eight-year monitoring study, of an over 65 years old cohort of people.

Location: Ourense (town).

Subjects: 88 elderly from a cohort of 150 people who were previously evaluated with OARS in 2001. *Exclusion criteria:* 1.- Individuals who do not agree to participate in the study. 2.- Individuals who were institutionalized (retirement home, hospital, or any closed institution). 3.- Change of residence and not able to be located afterwards. 4.- Relocation out of Ourense's province.

Measurement instrument: As a multi-dimensional valorating instrument we use "The Olders Americans Resources and Services Program-Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (OARS-MFAQ)", which is a validated questionnaire for spanish and galician, and evaluates all functional areas of the subject, including use and demand of social services. It has been proved to be one of the most appropriate instruments for elderly valuation who live in a community. It was successfully used in Spain and even once inside Galicia. It includes an operating manual that facilitates

and clears those aspects that present a difficulty on their interpretation. The interviews are carried out by a psychologist at the subject's home.

Data collecting and analysis: The OARS-MFAQ survey was collected on paper, and later transferred to a database which was created directly on SPSS 15.0 for Windows. The statistical analysis was realized with "SPSS for Windows" and the program "R" (free software) for multivariant analysis. For the proportions differences calculus and IC we used the statistics program "Epidat 3.1."

Funding: This research project is part of an investigation scholarship given by "Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia", to the investigation project "PERSONAS MAYORES DEL AYUNTAMIENTO DE OURENSE. DETERMINACIÓN MULTIFACTORIAL DE SU ESTADO FUNCIONAL". File number PS08/50.

Ethical aspects: It was requested for the authorization of the Ethical Committee of the Galician Clinical Investigation which was granted on September 30th, 2008 with register number 2008/287.

Results: The cohort, object of the study, presents a significant deterioration in the whole scope of functional assessment at the end of the eight-year period: The solitude feeling rises to the 12% in 2009 compared to the 10.7% in 2001, being mostly women the ones who suffer it. An important decrease on the number of persons taking care of the elder happens. We find a significant reduction on the people who think that their income will cover their necessities "moderately", with a decrease of the ones who think that they will be hardly covered. Healthcare centers continue being the most used health resource, growing the percentage of elderly who attending the studied period. A decrease on the old people that consider their physical condition excellent or dreadful happens, in contrast to the ones who consider it good or ordinary. We observe an increase on the average number of diseases endured by our cohort of elders and a significant increase on the ones who take more than two medicines. A reduction on the ones who consider their lives as boring happens, against an increase on those who evaluate them as interesting, and what is more, a large diminution of the elders who find their mental health excellent or dreadful, opposed to those who find them good or ordinary. The dependency on AVD supposes a rise on the old people who are affected moderately to seriously (Katz index). The largest rise on the service's demand during the whole period of 8

years happened in (22 were the total of services were we gathered the information): help with the housework, help with meals preparation, increase on the income, economical help to increase the habitability conditions at home, need for nursery caring, need for individual daily care and need for continuous supervision, ordered from higher to lower demand. An important decrease on the need for help or medical treatment regarding mental health happens in this period. Old women and married old couples perform a bigger consume on social resources (Older the age, higher use of them is observed). For these eight years we have observed that being divorced means a deterioration on the economical situation. Contact with people is important, since those elder who have more contact with others who do not live with them have a better mental health as times goes by. They feel worse physically, after the studied period, and however, they say that their medical condition is excellent. We observe that, higher the age bigger the risk of dependency, larger the number of drugs bigger the risk of dependency, and furthermore, the elders who find their lives stucked in routine or boring have 3.8 times bigger risk of dependency. Between the 90% and 100% of the people in our cohort got worse during this eight years in: having somebody to trust, feeling the need of supervision, receiving help for personal care, needing even more personal care or increasing the days that they were sick on the last six months, they became dependent and 84.2% of them started using a walking stick. Older people whose hearing deteriorated have 3 times more risk of dependency, those whose dentition deteriorated, needing a denture, have 4 times more risk of dependency and those whose necessity of nursing cares decreases have 2.8 times more risk, even though this last one is not significant.

Conclusions: The cohort object of the study presents a significative deterioration in every area of functional assessment. We find an increase in physical and intellectual deterioration, together with a paradoxical sensation of greater emotional well-being. The risk of a bigger grade of dependency is associated with larger age, polipathology, movement reduction, lack of help for AVD, audition loss, use of dentures, feeling of life as boring and solitude. A greater use in every kind of support services or social services is observated in the current population, compared to the population evaluated eight years ago. Women, married or coupled elderly and also the ones with a higher age perform a larger use of social resources



I.- INTRODUCCIÓN



“Quien conserva la facultad de ver la belleza no envejece”

Frank Kafka ¹

El envejecimiento es indudablemente un desafío para el conjunto de la sociedad y para todas las generaciones en Europa, y es también una cuestión relacionada con la solidaridad entre las generaciones y con la familia, pero sobre todo es el fruto de los éxitos económicos, sociales y sanitarios que han conseguido alargar la vida de las personas.

La Unión Europea (UE) reconoce y respeta los derechos de las personas mayores, las cuales son más susceptibles de depender de los demás para la ayuda y cuidados, reconoce el derecho a desarrollar una vida digna e independiente y a participar de la vida social y cultural ².

En España, el envejecimiento progresivo de la población, quizás, ya no es noticia. Se considera que un 15-20% de la población mayor de 65 años son ancianos frágiles que precisan una atención específica para los múltiples problemas que presentan ³. Es fácil deducir que la asistencia de las personas mayores de una forma digna y eficiente es uno de los más importantes retos que tiene que afrontar nuestra sociedad, tomando conciencia de la situación y haciendo un notable esfuerzo en la distribución de recursos destinados a este fin. Por lo tanto, el fenómeno del envejecimiento es asunto que afecta a toda la sociedad, que habremos de afrontarlo entre todos de manera innovadora y, con un bagaje considerable de creatividad, investigación e innovación si queremos encarar el futuro de España y Europa desde bases sólidas ⁴.

Las personas mayores *no constituyen un grupo homogéneo*. La amplitud de los tramos de edad que abarca este periodo del ciclo vital puede ser de más de treinta años; además, parece que la diversidad individual aumenta con la edad ⁵. La jubilación debe ser contemplada tanto desde su contribución durante la etapa activa a la producción y a la redistribución (mediante su trabajo financiaron sus pensiones y los servicios públicos) como su contribución al consumo (demanda agregada), al ahorro y a la economía relacional (sobre todo mediante los cuidados informales que suponen una fuerza económica no remunerada de incalculable valor) ⁵.

Envejecimiento activo

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “es el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida al ir envejeciendo”. El envejecimiento activo permite a las personas realizar su potencial para el desarrollo social, físico y de bienestar mental durante toda la vida y participar en la sociedad, ofreciéndoles al mismo tiempo una adecuada protección, seguridad y el cuidado cuando los necesitan. De ahí que el fomento del envejecimiento activo exija un enfoque multidimensional, que incluya la responsabilización y apoyo permanente entre todas las generaciones, y que también depende a su vez de lo que haga el individuo, de su comportamiento ^{6,7}; por lo tanto el envejecimiento activo es un concepto dinámico y presupone que preservar la salud es algo que no sucede por azar, sino que el individuo y la sociedad pueden orientar, promover e influir las formas de envejecer ⁸.

Una respuesta fundamental al rápido cambio de la estructura de edades consiste en promover la creación de una cultura del envejecimiento activo, como un proceso permanente y, en consecuencia, garantizar que las personas que actualmente tienen cerca de 60 años o más, cuyo número aumenta rápidamente y que, globalmente, están más sanas y mejor formadas que ningún grupo anterior de esa edad, gocen de buenas oportunidades de empleo y participación activa en la vida familiar y social; también a través de actividades de voluntariado, el aprendizaje permanente, la expresión cultural y el deporte ².

El envejecimiento activo y saludable, se centra en 3 grandes áreas de interés ⁹:

- El área biofísica, considerando esencial la valoración de diferentes intervenciones en hábitos de vida saludable, que previenen la fragilidad y proporcionan un buen status funcional y la longevidad, siendo clave la nutrición y la actividad física.
- Carácter socio-emocional donde al concepto de envejecimiento saludable se le incorporan aspectos psicológicos y sociales, aquí se muestra fundamental la relevancia de las nuevas tecnologías para la promoción del envejecimiento activo, facilitando las actividades de la vida diaria (AVD) desde el hogar,

procurando la movilidad y seguridad de las personas dentro y fuera del mismo, haciendo más adecuado el cuidado domiciliario y la atención integral a la persona.

- El último ámbito se refiere al funcionamiento cognitivo, analizando contextos sociales, residenciales y geográficos y los entornos de realización de actividades, con perspectiva individual, social y temporal.

El objetivo final es el mantenimiento de la capacidad mental y del funcionamiento cognitivo con la perspectiva de alcanzar una buena calidad de vida y estas tres grandes áreas, que pueden a su vez, ser estructuradas en nueve secciones: área laboral; aprendizaje a lo largo de la vida; participación social; sensibilización social; salud y condiciones de vida; termalismo y turismo social; relaciones intergeneracionales; tecnologías de la Información y la comunicación; y otras ⁹.

El ámbito idóneo para la puesta en marcha de intervenciones dirigidas a la consecución del envejecimiento activo es la atención primaria, por la cercanía de la población y el consecuente conocimiento de la problemática de los distintos grupos etarios y de los individuos en particular, y por la disponibilidad de equipos multidisciplinares que con una coordinación adecuada pueden llevar a cabo esta labor de manera muy eficiente, como se observa en alguna experiencia ¹⁰.

La persona mayor no es solo un cliente, un usuario o un paciente sino, un ciudadano portador de derechos, que ejerce desde una perspectiva positiva, generando oportunidades y “riqueza social” a medida que va envejeciendo ⁹. Del modo de envejecer se derivan comportamientos que refuerzan a la persona mayor en su capacidad de contribuir al funcionamiento de la sociedad a través de la realización de actividades como las de transmisión de conocimientos y voluntariado, como proveedoras de cuidados en el entorno familiar de enorme importancia para la investigación y la sociedad española y la construcción de redes sociales y de voluntariado social. Incluso actualmente como “agencias de bienestar” contribuyendo a aminorar los efectos de la crisis económica y proporcionando apoyos en la familia al acogimiento en su vivienda hijos, nietos en situación económica precaria, a la transferencia económica, de cuidados o apoyos a otros miembros de la familia ⁹.

El Consejo Europeo, tras declarar 2012 “Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional”, respaldó la propuesta de la Comisión para crear

una asociación europea de innovación sobre el envejecimiento. Se entiende que conseguir un envejecimiento activo y saludable constituye un desafío social que es común a todos los países europeos, y ha identificado este cambio sociodemográfico como un ámbito que tiene un potencial innovador considerable para que Europa lidere en el mundo la oferta de las nuevas respuestas para afrontarlo ⁷. La propuesta invitó al trabajo conjunto de todos los agentes del ciclo de innovación, tanto de la oferta como de la demanda para encontrar nuevas vías que lograran que las personas permanezcan hasta el final de sus días incluidas en su comunidad y recibiendo los apoyos que precisan para vivir con calidad de vida. En esa asociación participaron desde las personas mayores, hasta investigadores, proveedores de servicios, tecnólogos, reguladores, etc. Y se planteó a los actores que, por una parte, identificasen conjuntamente áreas de innovación y mejora en productos, servicios y procesos, y, por otro lado, que señalasen barreras y obstáculos a la innovación y propongan medidas para superarlas ⁷. Pero el desarrollo de este proyecto no ha sido igual en todos los países dependiendo de su situación socioeconómica, encontramos según los datos de la Encuesta sobre Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa, Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), que los europeos de los países del norte están más sanos y son más ricos, aunque los del sur (Grecia, Israel, Italia y España) viven más años; siendo especialmente cierto para las mujeres del sur y los hombres del norte. La investigación sobre este tema basada en los datos del SHARE puede ayudar a determinar si estas diferencias son genéticas o debidas a factores sociales y económicos ¹¹.

El objetivo general del Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional era facilitar la creación de una cultura del envejecimiento activo en Europa basada en una sociedad para todas las edades, y los objetivos específicos eran aumentar la conciencia sobre el valor del envejecimiento activo, estimular el intercambio de información, fomentar políticas de envejecimiento activo y crear un marco para acciones concretas de la Unión y sus estados miembros. Teniendo en cuenta que la UE se enfrenta a cambios demográficos, sociales y estructurales sin precedentes y que el éxito de las políticas de envejecimiento activo están fuertemente vinculadas a la eficacia de una serie de políticas de inclusión social desarrolladas a lo largo de la vida activa de los ciudadanos y trabajadores de la UE y

considerando las discrepancias visibles existentes entre los estados miembros y las regiones en cuanto a las políticas de envejecimiento activo, infraestructuras de apoyo y recursos presupuestarios, la UE reconoció que el año Europeo 2012 proporcionó un impulso político importante que contribuyó a abrir el debate sobre los retos del envejecimiento activo en Europa ^{7,12}.

Se establece en la UE el índice de Envejecimiento Activo, con objeto de captar el potencial sin aprovechar de las personas mayores con vistas a una participación más activa en el empleo y la vida social y una vida independiente. Surge también el término de economía plateada, basada en las oportunidades económicas que se derivan del gasto público y del consumidor relacionado con la población que envejece y de productos, servicios, soluciones innovadores y necesidades específicos de las personas mayores de 50 años, que se traducen en nuevos puestos de trabajo y crecimiento ⁷.

Así pues, las personas mayores deben participar plenamente en la sociedad y respaldarse su participación en la vida cotidiana alentando un dialogo activo y estructurado entre jóvenes y mayores. Esta contribución a la sociedad ayuda al logro y consecución de una mejor calidad de vida, bienestar y estado general de salud y un enriquecimiento personal de ambas partes. También debemos de intentar prolongar su vida laboral, ya que según el estudio SHARE prevenir la mala salud sale barato, puesto que las personas mayores con buena salud se jubilan alrededor de dos años más tarde que los trabajadores con mala salud. Un gasto del 3% de la renta laboral en la prevención de mala salud es rentable dado que ayuda a conservar la capacidad de trabajar de las personas ¹¹.

Como resultado de las políticas de prioridad del envejecimiento activo y saludable se estableció que éste sea preferente en la inversión del Fondo Social Europeo para el periodo de programación 2014-2020, como se refleja en el Reglamento (UE) N° 1304/2013 que recuerda que la financiación de proyectos para promover el envejecimiento activo puede hacerse en el marco de programas como los Fondos Estructurales y de Inversión Europeos, Horizonte 2020, el Programa para el Empleo y la Innovación Social (EaSI) y el Programa de Salud. Mencionar también que existe un proyecto de gestión conjunta de la Comisión Europea con la OMS destinado a adaptar la Guía Mundial de Ciudades Adaptadas a las Personas Mayores al contexto

européo y a desarrollar un marco que permita a las ciudades y las regiones comprometerse a favor de entornos propicios para las personas mayores, impulsando el envejecimiento activo mediante la optimización de la participación, la mejora de las condiciones de salud y el aumento de la seguridad de los entornos, a fin de aumentar la calidad de vida de las personas mayores ^{7,12}. Este proyecto que es una red abierta, amplia e independiente, reúne ya a más de 270 entidades locales y regionales, investigadores y organizaciones de la sociedad civil que se han comprometido a abordar este cambio demográfico ⁷.

El Año Europeo 2012 aumentó el número de iniciativas para la promoción del envejecimiento activo en los estados miembros y fortaleció los conocimientos y habilidades de las partes interesadas que participaron en la organización de ese año, lográndose resultados comparables utilizando menos recursos que en otros años europeos. Se tienen indicios de que los efectos de ese año se mantendrán durante un periodo de tiempo más largo con el desarrollo en diversos países miembros, aunque con desigual intensidad de estrategias, de planes integrales, documentos de reflexión, textos legislativos o proyectos. Algunos ejemplos de las políticas nacionales de este año europeo han sido:

- Plan federal para la tercera edad y estrategia nacional de aprendizaje permanente, trabajo y salud de Austria.
- Estrategia para el envejecimiento activo 2013-2020 en Estonia.
- Programa nacional para el envejecimiento activo 2014-2020 en Eslovaquia.
- Programa de acción nacional para el envejecimiento activo 2013-2017 en la República Checa.
- La nueva legislación sobre pensiones y la nueva legislación sobre el mercado de trabajo en Eslovenia.

En España como principales resultados derivados del Año Europeo han sido el impulso en la elaboración del "Estatuto del Mayor" y el impulso a la red mundial de ciudades amigables con la Edad promovida por la OMS. Se desarrollaron diferentes actividades tanto incluidas en el programa oficial del trabajo como llevadas a cabo por las entidades asociadas al año europeo, cuya información se ha difundido y compartido a través de la página web creada como herramienta básica de comunicación y difusión sobre el año europeo. En este espacio web entre las varias

secciones desarrolladas se recogía la información de las encuestas que periódicamente se fueron planteando sobre temas concretos de interés en materia de envejecimiento activo y solidaridad intergeneracional, encontrándose resultados como que el 97% de las personas encuestadas referían que las personas mayores no están suficientemente valoradas en España, que las personas mayores con necesidades especiales deberían ser atendidas en sus hogares en un 54%, que las relaciones intergeneracionales deberían impulsarse en un 66% en el ámbito familiar y que en un 78,3% de los encuestados no consideran que existen suficientes oportunidades de participación social para las personas mayores en su entorno ¹².

En el contexto de la Estrategia Europa 2020 también se proponen varias iniciativas para el fomento de un envejecimiento activo como es la agenda digital para Europa, donde se destaca la importancia de las nuevas tecnologías de la información y de las comunicaciones (TICs) para envejecer bien y facilitación del acceso a las nuevas tecnologías junto con su formación en el uso, ya que aproximadamente un 30% del total de ciudadanos nunca ha utilizado internet. Este uso de las TICs facilitaría su participación activa en la sociedad y hacerse cargo de su propia vida con la máxima autonomía posible ^{13,14}. Otra de las iniciativas es el lanzamiento de una Asociación para la Innovación en materia de Envejecimiento Activo y Saludable (AIEAS), que pretende hacer posible que los ciudadanos vivan de forma independiente y con buena salud durante más tiempo, y aumentar en dos el número medio de años de vida sana de aquí a 2020, buscando el triple beneficio para Europa de mejorar la salud y la calidad de vida de las personas mayores, mejorar la sostenibilidad y la eficiencia de los sistemas de asistencia sanitaria y dependencia, así como generar crecimiento y oportunidades de mercado para las empresas ^{2,15}.

Otra de las iniciativas emblemáticas de la Estrategia Europa 2020 tiene por objetivo “garantizar la cohesión económica, social y territorial, a fin de aumentar la conciencia y reconocer los derechos fundamentales de las personas que sufren pobreza y exclusión social, permitiéndoles vivir con dignidad y participar activamente en la sociedad”. Entre los grupos de personas que han de ser objeto de especial atención, por presentar riesgos particulares de exclusión social, se encuentra el de las personas mayores ⁵. El Programa de Salud para el Crecimiento para el período 2014-2020, del año 2011, desarrollo de la Estrategia Europa 2020, relaciona de modo especial la salud con el envejecimiento y contempla, como una de sus

acciones, “apoyar a la Asociación europea para la innovación en el ámbito del envejecimiento activo y saludable en sus tres capítulos: innovación en la sensibilización, la prevención y el diagnóstico precoz, innovación en materia de tratamientos y cuidados e innovación para el envejecimiento activo y una vida autónoma”⁵.

El envejecimiento activo constituye, pues, un objetivo común a varios fondos, programas y planes de acción de la UE, algunos ya citados anteriormente y otros como el Fondo Social Europeo, el Fondo Europeo de Desarrollo Regional, el programa Progress, el programa de aprendizaje permanente que incluye, en particular, el programa Grundtvig, el programa de la salud, los programas específicos sobre tecnologías de la información y la comunicación y sobre ciencias económicas y humanidades del Séptimo Programa Marco de Investigación y Desarrollo, el plan de acción Envejecer mejor en la sociedad de la información, el programa conjunto ‘*Ambient Assisted Living*’ (AAL) Vida Cotidiana Asistida por el Entorno, el programa marco para la Innovación y la Competitividad, con proyectos de despliegue piloto para envejecer bien, la acción preparatoria Calypso en materia de turismo social y el plan de acción sobre movilidad urbana^{2,15}.

Las personas mayores quieren sentirse activas y útiles y son un grupo altamente productivo¹⁶. Su participación en actividades de voluntariado es importante y contribuye de manera decisiva al envejecimiento activo, pues permite a los mayores seguir proyectando sus actividades anteriores (educativas, laborales, comunitarias, sociales, etc.) al medio social que le rodea¹⁷ y, de este modo, contribuye a fomentar su autoestima. Según el estudio SHARE, en general, un 10% de las personas de 50 y más años realiza labores de voluntariado: la prevalencia de este voluntariado es mayor en Escandinavia y Holanda y menor en España y Grecia¹¹. Con independencia de lo anterior, significa una aportación insustituible a la sociedad y se está comprobando que esta actividad va en aumento y sería más numerosa si se facilitarán los medios y cauces para lograr una mayor participación en los mismos. Incluso sería interesante la cuantificación del impacto económico que este voluntariado supondría, ya no solo por la conciliación que permiten a sus hijos cuidando de los niños y de otras personas mayores a su vez sino también por las ayudas económicas a los jóvenes⁵. Por lo tanto la población de edad avanzada

debe ser vista ante todo como un recurso para ser utilizado y no sólo en términos de necesidades insatisfechas ¹⁸.

A título indicativo podríamos señalar que, en una encuesta del año 2007 del INE, un 2,65% de las personas entre 65 y 74 años participaron en actividades de partidos políticos o sindicatos; un 2,68% en actividades de asociaciones profesionales; un 24,41% en actividades de las diferentes confesiones o de organizaciones religiosas; un 12,44% en actividades de organizaciones o de grupos recreativos; un 13,08% en actividades de organizaciones benéficas y voluntariado informal; y un 6,54% en actividades de otros grupos u organizaciones. El número total, en valores absolutos, que se correspondía con los porcentajes antes señalados ascendía a 1.456.198 personas entre 65 y 74 años ¹⁹. En otra encuesta posterior se señalaba que el 22,8% de las personas mayores de 65 años dedicaban una hora diaria, como actividad principal o secundaria, a trabajo voluntario y reuniones ²⁰.

Otro aspecto importante que las personas mayores deben de tener en cuenta es que lo que conocemos como *envejecimiento activo*, es decir la participación directa de la persona mayor en cualquier aspecto de la vida, es un derecho, y también un deber con consecuencias muy importantes en cuanto al mantenimiento de su propia salud física y mental.

Demografía

Envejecimiento de la población mundial

A escala mundial, la proporción de personas mayores de 60 años o más, aumentó del 9% en 1994 al 12% en 2014, y se espera que alcance el 21 % en 2050 ²¹, lo que supondrá casi 2000 millones en el año 2050 ²², de las cuales cerca de un 85% vivirá en los actuales países en desarrollo, sobre todo en zonas urbanas, lo que repercutirá en los ámbitos económico, político y social y en los sistemas de salud. Las personas mayores son el grupo de población de más rápido crecimiento en el mundo. En 2014, la tasa de crecimiento anual de la población de mayores de 60 años casi triplicó la tasa de crecimiento de la población en su conjunto. En términos absolutos, el número de personas mayores de 60 años casi se ha duplicado entre 1994 y 2014, y las personas de ese grupo de edad superan ahora en número al de

los menores de 5 años. En 2014, aproximadamente las dos terceras partes de la población mundial mayor de 60 años vivían en las regiones menos desarrolladas. Se espera que esta proporción aumente en 2050 a cuatro de cada cinco personas, aproximadamente ²³.

Durante los años 1994 y 2014, Asia registró el mayor crecimiento del número de personas mayores (225 millones), lo que representa casi las dos terceras partes (un 64 %) del crecimiento mundial. Si bien el aumento del número de personas mayores fue más rápido en América Latina y el Caribe, seguida de África, la contribución de esas regiones al crecimiento mundial de la población de personas mayores (33 millones y 29 millones, respectivamente) fue relativamente pequeña y en conjunto solo representaba un 17%. El crecimiento de la población de más edad fue más ralentizado en Europa, que, sin embargo, sumó más personas mayores a su población (38 millones, es decir, un 11 % del aumento mundial) que cualquier otra zona, a excepción de Asia ²³ (Ilustración 1).

El porcentaje de personas mayores de 80 años (llamados a veces personas muy mayores) era del 14 % en 2014, y se espera que ascienda al 19 % en 2050. Por tanto, en 2050 habría 392 millones de personas mayores de 80 años, es decir, más de tres veces que en la actualidad.

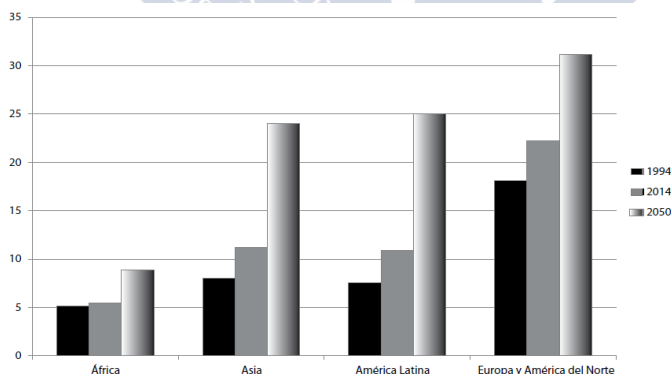


Ilustración 1. Porcentaje de la población mayor de 60 años por región principal, 1994, 2014, 2050.
Fuente: la situación demográfica en el mundo 2014. Naciones Unidas.

Por lo tanto, deben dar servicios a una población cada vez mayor y con más demandas según las necesidades surgidas con el envejecimiento de las personas, dado que este envejecimiento está acompañado de una mayor morbilidad.

Estos programas deben ir encaminados a una mejora de la calidad de vida y de la salud. Contrariamente a lo ocurrido en los actuales países ricos, los países de ingresos bajos y medios están envejeciendo con rapidez antes de haberse convertido en ricos, lo cual plantea más problemas.

En el informe sobre la salud en el mundo de 2014 de la OMS ²⁴, se hace referencia a las tendencias mundiales correspondientes a la esperanza de vida mostrando un aumento global de seis años desde 1990 hasta 2012 y puntualiza que los países de bajos ingresos son los que han logrado mayores progresos, ya que en ellos la esperanza de vida ha aumentado nueve años en promedio ente 1990 y 2012, pero sigue habiendo un considerable desfase entre ricos y pobres, ya que los países de altos ingresos siguen teniendo más posibilidades de vivir más años. Se puede prever que un niño varón nacido en 2012 en un país de altos ingresos vivirá hasta la edad de 76 años aproximadamente, lo que representa dieciséis años más que un niño varón de un país de bajos ingresos (60 años) y en las niñas este desfase es aún mayor, de diecinueve años. Las mujeres de Japón son las que tienen la esperanza de vida más larga, 87 años, seguidas de las de España, Suiza y Singapur.

Ya Mayhew ²⁵, estudia las consecuencias del envejecimiento de la población sobre el número de personas con discapacidad y sobre los gastos en servicios de salud y en servicios de cuidados de larga duración, para dos grupos de países: uno formado por los más desarrollados y otro de países menos desarrollados. Entre los principales resultados se desprende que el número de personas con discapacidad crecería sustancialmente en los próximos años, y mientras en los países desarrollados se espera una estabilización en el crecimiento del número de personas con discapacidad alrededor del 2050, en los países menos desarrollados se estima que dicho crecimiento continuará para todos los grupos de edad ²⁶.

Según la OCDE las personas mayores de 80 años pasarán de representar el 4% de la población en 2010, al 10% en 2050 ⁴.

El envejecimiento de la población europea, sobre todo, en la pasada década se ha convertido en un importante reto para todos los estados miembros. Su importancia es aún mayor en el actual contexto de restricción presupuestaria, teniendo en cuenta que la disminución del estado funcional de las personas mayores supone una enorme carga para los servicios de salud ²⁷.

Según los resultados de las proyecciones demográficas de Eurostat (2011), el número de europeos mayores de 65 años va a pasar de los 87 millones registrados en 2010 a 124 millones en 2030, lo que supone un incremento sin precedentes de este grupo de edad, que llegará al 42% y para el año 2060, las personas de más de 65 años representarán el 29,5% de la población de la unión europea de los 27 estados miembros (17,4% en 2010) ²⁸. Y, la Unión Europea advierte que, aunque el aumento constante de la esperanza de vida es uno de los logros más importantes de las sociedades modernas, esta tendencia ejercerá una presión adicional sobre la economía, la sociedad y la viabilidad de la hacienda pública ⁴.

Junto a España, Portugal, Italia y Grecia también serán las naciones más envejecidas en 2050 con más de un 30% de mayores de 65 años según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en España supondrá el 36,38%, lo que significa que más de la tercera parte de los residentes en España en 2050 supere los 65 años ⁵; en el año 1960 era del 8,2% y en el 2000 el 16,7%, esto quiere decir que la cifra de mayores ha aumentado siete veces en el siglo XX por solo 2 la de la población total, y la de octogenarios se ha multiplicado por 13 ²⁹. Si en el siglo XX se ha vivido una revolución de la longevidad, los octogenarios es el descubrimiento del último cuarto de siglo, con la aparición de un colectivo de ancianos con gran vulnerabilidad física y social, precisando necesidades sociosanitarias nuevas para la sociedad.

Las sociedades modernas afrontan desde finales del siglo pasado dos desafíos íntimamente relacionados, la transición demográfica y la transición epidemiológica. Esto supone un cambio desde las enfermedades transmisibles a las no transmisibles a medida que aumenta la esperanza de vida de una población. Esta tendencia en nuestro país se encuentra en una fase muy avanzada de la evolución, como lo demuestran los datos demográficos con una pirámide poblacional prácticamente invertida, como los estudios de carga de enfermedad que constatan la predominancia de las enfermedades crónicas. Las proyecciones de población para nuestro país muestran un continuo proceso de envejecimiento, al que contribuyen el descenso de natalidad y los saldos migratorios negativos. Según los cálculos de la ONU, en 2050 España será el segundo país más viejo del mundo, sólo por detrás de Japón (36,5%) ³⁰. Así, en 2052, el 37% de la población será mayor de 64 años, y si se mantienen las tasas actuales, la tasa de dependencia estará en torno al 100% (es

decir, por cada persona en edad de trabajar habrá otra potencialmente dependiente por ser menor de 16 años o mayor de 64). Según las previsiones, el segmento de población que más aumenta en los próximos años es el de mayores de 80 años que, en España, pasarán de los 2,4 millones en 2012 a los 6,2 millones en 2050. Este fenómeno, denominado "envejecimiento del envejecimiento" es, además, predominantemente femenino, ya que las mujeres supondrán prácticamente el 60% del total (Ilustración 2).

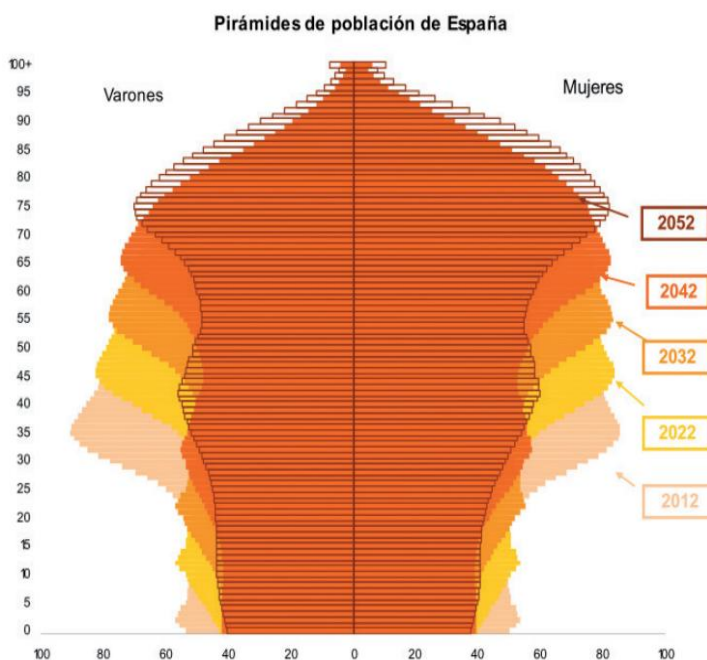


Ilustración 2. Pirámide poblacional España. Proyecciones 2012-2052. Fuente: Proyección de población a largo plazo. INE, 2012

Este cambio en la pirámide demográfica de la población más envejecida conlleva también una mayor dependencia, al mismo tiempo que los cambios sociodemográficos debilitan las redes sociales, perdiendo peso el cuidador informal, que necesita de ayudas externas para poder continuar con los cuidados. Este aumento en la prevalencia de la dependencia asociada, no ocurre necesariamente así, si ajustamos por grupo de edad. La prevalencia global calculada sobre el total

de población sin ajustar por edad, aumenta con el envejecimiento, pero la prevalencia en personas de la misma edad está disminuyendo en muchos países. Los análisis sobre el fenómeno de la compresión de morbilidad han demostrado que el mejor control de los factores de riesgo y los hábitos más saludables de la población inciden en disminuir las prevalencias de la dependencia ³¹.

En lugar del término envejecimiento demográfico, J. Pérez, prefiere el término democratización de la supervivencia. Según esta definición del cambio demográfico, en lugar de mantener su capacidad reproductiva en base a una elevada natalidad compensada por una alta mortalidad, las sociedades modernas han "democratizado" la supervivencia y por tanto no precisan para su mantenimiento de tasas de natalidad tan elevadas. Visto así, en el fondo es una gran mejora de la eficiencia demográfica ³².

Hay que tener en cuenta que en el último siglo la esperanza de vida ha aumentado 30 años, aunque la velocidad ha sido mayor en las últimas décadas del siglo XX. La ganancia de la esperanza de vida en el umbral de los 65 años ha sido importante en todos los grupos de población gracias a la extensión y maduración del estado de bienestar con la mejora de las condiciones sociales y el progreso de la medicina. Esta mayor duración de la vida tendrá consecuencias sobre los tipos de enfermedad y los gastos asociados a ella. El gran aumento de la esperanza de vida (de 69,57 a 79,4 años, los hombres y de 75,06 a 85,1 años en la mujer, desde 1970 al año 2012) comenzó hace décadas en España ⁵. Las investigaciones realizadas demuestran que, de la misma manera que se ha extendido la juventud hasta los 30 ó 35 años, debido a la prolongación del período de educación y formación, también se ha retrasado la ancianidad hasta los 75 ó 80 años con buena salud física y mental para la mayor parte de las personas. Así lo pone de manifiesto el aumento de la esperanza media de vida con buena salud a los 65 años ⁵. Uno de los principales retos para los países es transformar esta esperanza de vida en años de vida más activa y saludable y asegurarse que nuestra población envejezca recibiendo el cuidado y la asistencia que necesita para envejecer con dignidad. Según todas las prospecciones solventes hay que considerar también tendencias como la independencia en los modos de vida de las personas mayores, el aumento progresivo del número de personas que viven solas, la disminución del número de hijos/as y el incremento consiguiente de personas sin descendencia, el alejamiento

de parte de las nuevas generaciones de sus lugares de origen por la inestabilidad de los puestos de trabajo y el efecto de la globalización, etc. Todos estos fenómenos explican la perentoriedad de ofrecer servicios profesionales que ayuden a las personas mayores que se encuentren en situación de fragilidad o dependencia.

España ocupa el quinto lugar dentro de la UE-28, después de Malta, Suecia, Irlanda y Luxemburgo, en la esperanza de vida con buena salud al nacer ³³. Los hombres, alcanzan una media de 65,3 años y las mujeres una media de 65,8 años. Si la esperanza de vida con buena salud al nacer la referimos a los 65 años, la media de los hombres es 9,7 de años y la de las mujeres de 9,2 años ⁵. Por lo tanto la vejez se torna ahora más importante, pues a los 65 años a una persona le aun le queda un 22,9% de su vida por vivir (20,9% si es varón, 24,5% si es mujer), es pues, casi una cuarta parte de su vida total. Por lo tanto, las políticas de los países debían de orientarse a ofertar un abanico de posibilidades y oportunidades para que las personas de esa edad puedan elegir su futuro.

Entra en juego un concepto, que se antoja, a lo menos interesante, como es la esperanza de vida en buena salud, ya que proporciona información sobre la calidad de vida en términos de salud del horizonte de años de vida de los individuos, también se conoce a este indicador como esperanza de vida libre de discapacidad. Se considera condición de buena salud la ausencia de limitaciones funcionales o de discapacidad. Las enfermedades crónicas, los problemas mentales y la discapacidad física aumentan su prevalencia con la edad y reducen la calidad de vida de las personas que sufren estas condiciones de salud. El verdadero reto es mantener la autonomía y la independencia a medida que se envejece. La esperanza de vida en buena salud forma parte de los indicadores de desarrollo sostenible de la Unión Europea en el apartado de salud pública, del método abierto de coordinación para la inclusión y protección social en el apartado de salud y cuidados a largo plazo de la Comisión Europea y de los indicadores de igualdad de género de Eurostat. Se estima que el gasto sanitario público se podría reducir a la mitad si el crecimiento en la esperanza de vida en buena salud fuese proporcional al crecimiento de la esperanza de vida media.

Este indicador se define como el promedio de número de años esperados que vive una persona disfrutando de buena salud (en ausencia de limitaciones funcionales o

de discapacidad), combinando información de mortalidad y morbilidad. En su cálculo se distingue el colectivo de hombres de de mujeres tomando datos al nacimiento y a los 65 años de edad. Se calcula en base al método Sullivan ³⁴ y el indicador de limitaciones generales de actividad de EURO-NEVES (Network on Helath Expectancy).

En España, en el año 2013, la esperanza de vida en buena salud al nacer es ligeramente superior en los hombres (64,7 años) que en las mujeres (63,9 años). A los 65 años, los hombres tienen 9,7 años de esperanza de vida en buena salud frente a los 9 años en las mujeres. En esta edad, en el periodo 2008-2013, es superior el número esperado de años en buena salud de los hombres ³⁴.

Con respecto a información correspondiente al 2013 en España, los hombres al nacer viven el 80,9% de sus años de esperanza de vida en condiciones de buena salud frente al 74,7%, que suponen los años de esperanza de vida en buena salud de las mujeres. A los 65 años, los hombres viven el 51,2% de sus años de horizonte de vida en buena salud frente al 39,3% del horizonte de años de las mujeres. Por lo tanto, el mayor número de años de esperanza de vida a todas las edades de las mujeres va asociado a peores condiciones de salud que los hombres ³⁵.

Las consecuencias del envejecimiento no están, pues, determinadas (demography is not destiny). El problema no es un asunto actuarial (predecir cuál será la tasa de dependencia de nuestros mayores en el futuro) sino de políticas de salud: hoy decidimos cuanta dependencia evitaremos que se produzca mañana. El cambio de perfil demográfico no es más que un cambio, la persistencia en responder a las nuevas necesidades con la misma rigidez e ineficiencia constituye una amenaza en toda regla a la supervivencia del sistema y a la confianza de los usuarios ³⁶.

Situación de la comunidad autónoma de Galicia. Pirámides de población.

La comunidad autónoma de Galicia es la más envejecida con un 23,10% de personas de más de 65 años seguida de la de Castilla y León y Asturias con un 22,95% y 22,53% respectivamente en 2013 ³⁷.

Las pirámides poblacionales de la población gallega presentan una forma regresiva, muy débil en su base y con una franja en edad laboral mucho menor que la de hoy en día, pero que tendrá que afrontar una carga social que será el doble de la que soporta en estos momentos y esto ocurrirá a mitad de siglo, con un claro patrón de envejecimiento, que es más acusado en la pirámide poblacional de la provincia de Ourense siendo la población más envejecida junto con la provincia de Lugo ³⁸.

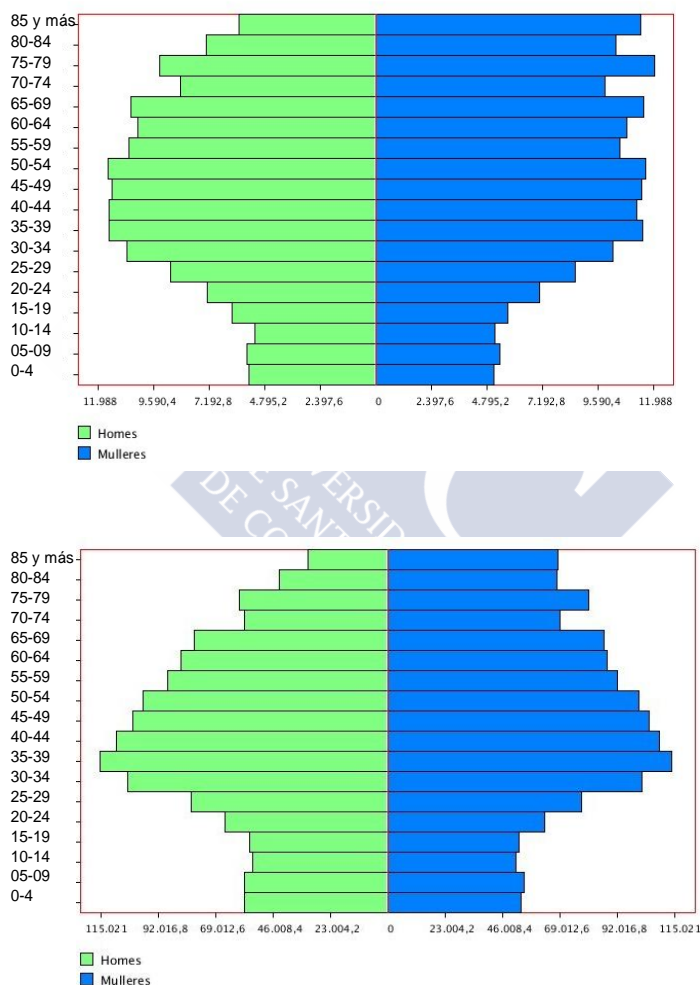


Ilustración 3. Pirámides poblacionales Ourense y Galicia 2013

Este proceso de envejecimiento de nuestra comunidad se pone de manifiesto al observar los índices tanto de la población igual o mayor de 65 años como los índices de envejecimiento (relación entre la población mayor de 64 años y la población menor de 20 años expresada en %, es decir, el número de personas de 65 o más años por cada 100 menores de 20 años) y sobre-envejecimiento (relación entre la población mayor de 84 años y la población mayor de 64 años expresada en %, es decir, el número de personas de 85 o más años por cada 100 de 65 o más años) ³⁹.

Al comparar estos índices de las cuatro provincias galegas volvemos a encontrar que Ourense sigue teniendo los índices más altos, menos el índice de sobre-envejecimiento que es ligeramente mayor en Lugo.

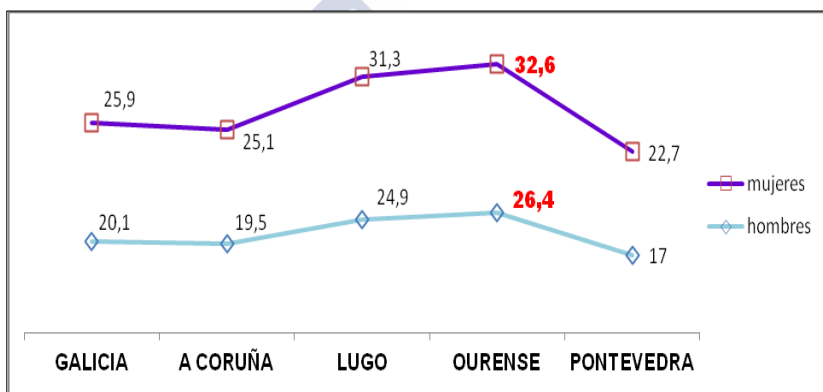


Ilustración 4 .Porcentaje de población de 65 o más años en Galicia en 2013

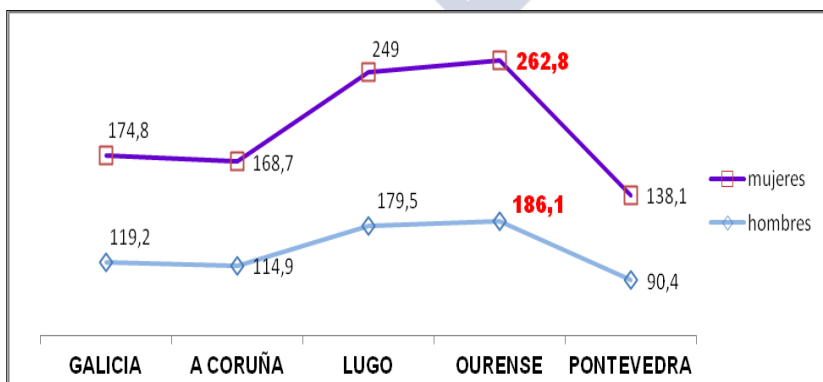


Ilustración 5. Índice de envejecimiento Galicia 2013

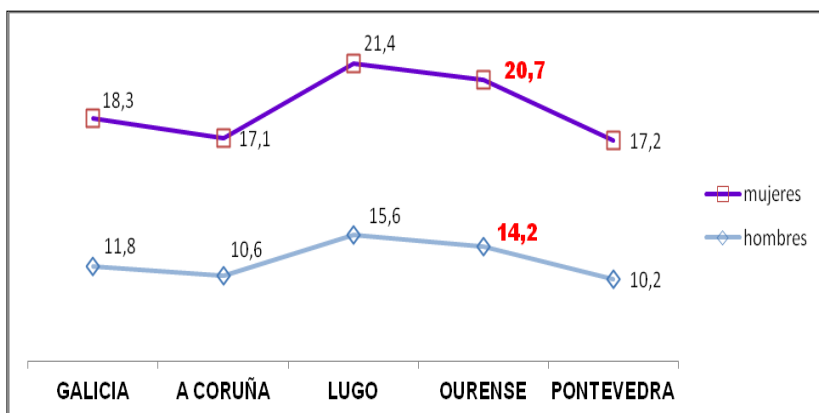


Ilustración 6. Índice de sobreenvjecimiento 2013

Al observar la evolución de los tres índices a lo largo de los últimos 38 años, resalta el gran incremento que se produce en el índice de envejecimiento con el paso de los años sobre todo a partir de los años 90 con la mejoría de la sociedad de bienestar y las prestaciones de los servicios sociosanitarios, los indicadores son muy similares a los de la provincia de Ourense con mayores valores en el índice de envejecimiento siendo en el año 2013 del 223,2% con respecto al de Galicia del 146,1%.

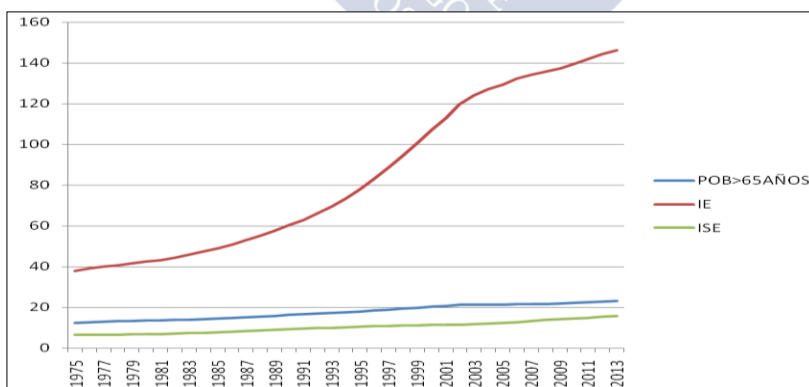


Ilustración 7. Evolución en Galicia de los índices de población de >65 años, índice de envejecimiento (IE) e índice de sobreenvjecimiento (ISE) en los últimos 38 años.

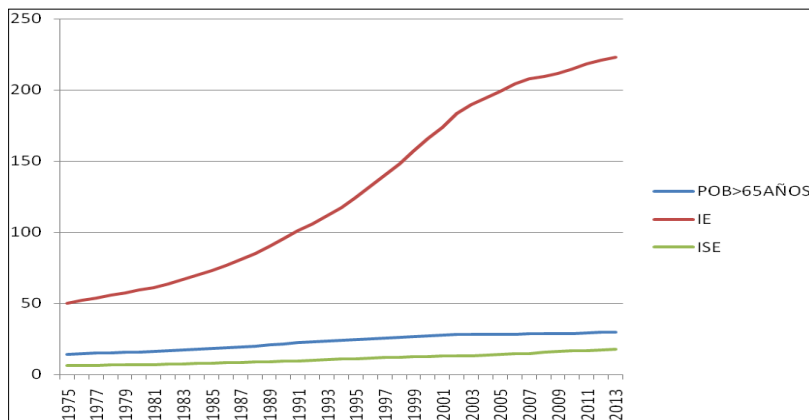


Ilustración 8. Evolución en Ourense de los índices de población de >65 años, índice de envejecimiento (IE) e índice de sobre-envejecimiento (ISE) en los últimos 38 años.

Según el último informe del Eurostat del año 2014 Ourense ocupa el tercer lugar con la proporción más alta de población de más de 65 años de las regiones de Europa, con un 29,6% después de la región del Piñal, interior en el sur de Portugal, con un 32,4% y de la región Erytania en Grecia con un 32,2%⁴⁰.

Estos altos índices junto con el aumento de la esperanza de vida, hace que se plantee la necesidad de una atención socio-sanitaria en mayor medida junto con la búsqueda activa de personas mayores con altas probabilidades de precisar esta atención, teniendo en cuenta las características sociodemográficas de la población como el alto índice de aislamiento poblacional.

Además de las tendencias demográficas mencionadas, debe tenerse en cuenta que la red social de apoyo se ha modificado en los últimos años como consecuencia de los cambios sociales de las familias, la incorporación creciente de la mujer al mercado laboral, el perfil del cuidador informal o los cambios en los servicios sanitarios como consecuencia de los mayores índices de curación de patologías que antiguamente eran incurables, incrementando la supervivencia pero cronificando las patologías.

Calidad de vida y vejez

El incremento de la población de más de 60 años en la UE a un ritmo mucho más rápido que en cualquier tiempo pasado, es muy positivo ya que es una consecuencia lógica de la mejora de la salud y la calidad de vida, pero supone un verdadero reto, que es mantener la autonomía y la independencia a medida que se envejece.

El envejecimiento determina *cambios en el organismo*, condicionados por la genética (envejecimiento intrínseco o primario) y por las secuelas de las enfermedades y estilos de vida previos (envejecimiento extrínseco o secundario), que van a condicionar una pérdida progresiva de las reservas orgánicas del individuo y una mayor vulnerabilidad ante cualquier tipo de agresión ⁵.

El estado de salud de las personas es uno de los principales determinantes de su calidad de vida y los factores sociodemográficos tienen un efecto importante en la percepción de la misma, así las personas de mayor edad con un mismo grado de problemas de salud se perciben como más sanas que las de menor edad ⁶. Encontramos en diversas investigaciones factores como las relaciones familiares y contactos sociales, la salud general, el estado funcional, la vivienda y la disponibilidad económica son considerados importantes en la calidad de vida por las personas mayores ⁴¹⁻⁴³.

Actualmente se habla de vejez en términos de funcionalidad, ya que el envejecimiento es un cambio en la misma, es una etapa de pérdidas (ingresos, papel social, amigos, familiares), de temores (su seguridad, soledad, incapacidad), pero la mayoría de las personas mayores desarrollan mecanismos para enfrentar estos miedos o pérdidas y las políticas deben estar encaminadas a ayudarles para mejorar esa capacidad de afrontamiento mejoría de su funcionalidad ³⁶. Es interesante la importancia que la percepción de la edad de una determinada persona parece tener como biomarcador clínico de envejecimiento ⁴⁴.

Tenemos que tener en cuenta el término de persona mayor frágil, que son aquellas que se encuentran en un estado de salud límite y/o en situación social límite, según definición de la OMS, que están necesitadas de una atención preventiva y una detección precoz de factores de riesgo como el hecho de vivir solo, alteraciones de

la marcha, disminución de la actividad física entre otros encaminadas sobre todo a la prevención de la discapacidad y de disminución de sus consecuencias cuando aparezcan promocionando sobre todo hábitos de vida saludable, mejora de los hábitos alimenticios y aumento de ejercicio físico en mayores de 65 años ^{16,45}. Fragilidad y discapacidad son conceptos distintos, pero superpuestos, por un lado la fragilidad predice discapacidad y por otra parte la discapacidad puede exacerbar la fragilidad; se entiende como discapacidad a la dificultad o la dependencia en la ejecución de las actividades de la vida diaria y por lo tanto se asocia con una mayor utilización de los servicios de salud y los costos relacionados ⁴⁶. Otros autores consideran la fragilidad como un estado de pre-discapacidad ⁴⁷, de riesgo de desarrollar nueva discapacidad desde una situación de limitación funcional incipiente, y su importancia es que se centra en la funcionalidad y no focaliza en el diagnóstico de enfermedad ⁴⁸. Ésta se suele desarrollar de manera escalonada al menos en un 60% de las ocasiones ⁴⁷, con empeoramientos progresivos precipitados por eventos agudos; suele ser el resultado final de un ciclo de mala evolución clínica que puede desencadenarse desde distintos puntos de entrada, como por ejemplo una ingesta nutricional inadecuada, que es frecuente en muchos ancianos, este estado crónico de desnutrición contribuye a una pérdida de masa muscular que provoca sarcopenia con la consiguiente pérdida de potencia muscular y tolerancia al ejercicio, lo que acaba generando una dependencia para la realización de las actividades de la vida diaria básica (AVDBs) ^{49,45}.

La carta europea de los derechos y de las responsabilidades de las personas mayores que tienen necesidad de asistencia y cuidados de larga duración, reconoce que la gran mayoría de las personas frágiles y vulnerables son mujeres: en Europa dos de cada tres personas de más de 80 años son mujeres y más de un tercio de las mismas padecen la enfermedad de Alzheimer o demencia, lo que las hace más vulnerables al maltrato. A su vez, esta carta, establece que los cuidados de salud y los de larga duración, incluidas la prevención y las intervenciones precoces, no han de ser consideradas como un costo, sino como una inversión de la que se beneficiaran todos los grupos de edad ⁵⁰.

La fragilidad puede compartir alguna característica con la pluripatología o comorbilidad y con la discapacidad pero son entidades diferentes; la comorbilidad, o presencia de dos o más enfermedades diagnosticadas en el mismo paciente, es muy

frecuente en los ancianos, pero solo el 68% de los frágiles cumplen criterios de morbilidad. Si definimos discapacidad como la dificultad o dependencia para realizar AVDBs, vemos que sólo el 27% de los ancianos considerados frágiles son dependientes para estas actividades ^{48,51}.

Hoy en día existe un creciente interés social relacionado no sólo con vivir más años, o sobrevivir a enfermedades o accidentes, sino disfrutar de esta vida de una forma satisfactoria. Según la última Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) ⁵², la autonomía funcional de la población española ha ido descendiendo desde 1993 a 2006, tanto en hombres como en mujeres y ahora presenta una ligera mejoría. En 1993 el 62,9% de la población de 65 y más años era capaz de realizar sin ayuda las actividades de la vida diaria. En 2012 este porcentaje es del 53,5%, algo mayor que en 2006. Por lo tanto un envejecimiento saludable puede contribuir a que las personas de más edad incrementen su participación en el mercado de trabajo, permanezcan activas más tiempo en la sociedad y mejoren su calidad de vida individual, y a que se reduzca la carga para los sistemas de atención sanitaria y social y para los regímenes de pensiones ².

Para lograr un mayor disfrute de los años de vejez es fundamental la coordinación de los servicios sociales y sanitarios que ha demostrado ser altamente coste-efectiva, especialmente cuando se consigue la integración total para el colectivo de las personas mayores; la promoción de la salud de las personas mayores por medio de programas de autocuidado y la adecuada prestación de ayudas técnicas y pequeñas adaptaciones en la vivienda, son otros ejemplos de intervenciones preventivas altamente coste-efectivas en los ancianos, lo que permitiría en definitiva no solo mejorar su calidad de vida, sino que, además, se alcancen los objetivos fijados en las intervenciones referidas de la manera más eficiente posible desde el punto de vista económico, permitiendo utilizar los recursos allí donde más útiles pueden resultar, lo que en los tiempos de crisis que corremos constituye un hecho primordial ^{53,54,28}. Es fundamental en los servicios sociales establecer principios que quien una buena praxis profesional para lograr un mayor bienestar de los ancianos: prevención, enfoque comunitario, personalización, sinergia, continuidad de la atención, promoción de la autonomía, normalización e integración (Fernando Fantova) ⁵⁵.

Los avances logrados en el bienestar de las personas mayores se encuentran en estos momentos sometidos a la tensión de la actual crisis que, si hasta hoy sólo ha afectado levemente al conjunto del sector, su prolongación en el tiempo e intensidad pueden revertir las ganancias logradas en las tres últimas décadas. En este sentido las políticas sociales son determinantes para el bienestar de este sector, ya que dependen de la extensión e intensidad del sistema de protección social y, en general, del estado de bienestar ⁵.

El concepto de calidad de vida no es un concepto nuevo, en realidad, la humanidad viene reflexionando desde la antigüedad, desde varios siglos antes del cristianismo sobre qué significa vivir bien, que es la felicidad, qué papel juega en la vida del hombre, que es una vida buena o plena, etc., es decir, sobre un amplio campo semántico que hoy llamamos calidad de vida. Lo que realmente es nuevo es el intento de usar este concepto como un principio organizador de servicios de apoyos para mejorar la vida de las personas con sus características propias y como criterio evaluador de la validez social de dichas prácticas de prestación de apoyos ⁵⁶⁻⁵⁸.

Desde los años 90 se pueden rastrear más de 100 definiciones, más de 1.400 referencias sobre calidad de vida en la bibliografía. Desde 1985 han aparecido más de 20.900 artículos con el término calidad de vida en sus títulos, en los últimos años se publican más de 1.000 nuevos artículos anualmente ^{59,60}.

El término de calidad de vida, a pesar de haber suscitado gran atención por parte de una gran cantidad de los estudios de investigación, todavía hoy adolece de una definición insuficiente, no existiendo un consenso sobre el mismo. Fue acuñado por primera vez el 31 de octubre de 1964 por Lyndon B. Johnson durante el discurso de campaña en Madison Square Garden cuando utilizó el término para presentar la idea de que tener una buena vida significa mucho más que la seguridad financiera, Johnson quería promover la idea de que el dinero no puede asegurar todas las cosas, sobre todo la propia "calidad de vida" ⁵⁹. Son diversas las definiciones y modelos explicativos que pretenden dar cuenta de la multidimensionalidad del concepto de calidad de vida y de las relaciones que sus componentes mantienen. Entre ellos cabe citar el modelo ecológico de Lawton y los modelos comportamentales ⁶¹.

Este concepto de calidad de vida ha evolucionado, incorporando progresivamente componentes objetivos (vivienda, ingresos económicos, salud, red de apoyo, disponibilidad de recursos comunitarios son algunos de ellos) y subjetivos ⁶² que incluye la satisfacción personal con relación a estas condiciones de vida que viene condicionada por los valores del individuo. Este, es el llamado modelo mixto, es sensible a la propia visión del individuo acerca de las circunstancias de la vida, a la vez que mantiene una perspectiva independiente de esas circunstancias ⁶³.

La OMS define la calidad de vida como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno” ⁶⁴.

Otro modelo de calidad de vida en la vejez es el de los trabajos de Fernández Ballesteros y Zamarrón ^{65,66}, desde los que se define el modelo mediante una aproximación multidimensional. Este modelo incorpora elementos personales, tanto objetivos (como son las habilidades funcionales) como subjetivos (como la salud percibida o la satisfacción de la vida) y elementos externos al sujeto como pueden ser el acceso a servicios, el medio ambiente o el apoyo social. Los nueve dominios de calidad de vidas según el modelo planteado por estas autoras son:

1. Salud (objetiva, subjetiva y psíquica).	6. Satisfacción con la vida.
2. Integración social.	7. Educación.
3. Habilidades funcionales.	8. Capacidad económica.
4. Actividad y ocio.	9. Servicios sociales y sanitarios.
5. Calidad ambiental (vivienda).	

Tabla I. Fuente: Fernández Ballesteros y Zamarrón, 1996

Desde este modelo se han desarrollado distintas aplicaciones en el ámbito de las personas mayores, de las cuales cabe destacar el Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI) uno de los instrumentos de medición de calidad de vida en personas mayores validado para la población española que mayor utilización está teniendo tanto en el ámbito aplicado de la intervención como en estudios de investigación ⁶⁷.

El modelo de Shalock Verdugo ⁶⁰, presenta la calidad de vida como un concepto multidimensional compuesto por ocho dimensiones diferentes (bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos), que pueden ser formuladas mediante distintos indicadores. Estas dimensiones han sido constatadas en diversos estudios transculturales en el campo de la salud mental, la educación, la discapacidad, la salud y las personas mayores.

La transición más reciente ha llevado a considerar la calidad de vida como combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal, ponderada por una escala de importancia que refleja los valores personales, las aspiraciones y las expectativas de la persona. Este modelo otorga al individuo la capacidad de sopesar cómo se combinan las evaluaciones objetivas y subjetivas en los diferentes dominios de la vida, por lo que es él mismo el que determina la importancia de los diferentes aspectos. En él, la autodeterminación aparece en un nivel jerárquico diferente desde el cual la persona define sus condiciones de vida ⁵⁷. El apoyo imprescindible para una persona que tiene pocas habilidades para la autodeterminación es el de ayudarle a construir un proyecto de vida significativo y coordinar una red de apoyo que le ayude a desarrollar y cumplir ese proyecto. La atención centrada en la persona es la consolidación de este tipo de apoyo, más imprescindible cuanto más limitaciones existan en la capacidad de autodeterminación, esta atención es una metodología que da poder efectivo a la persona y, en ese sentido, garantiza su autodeterminación.

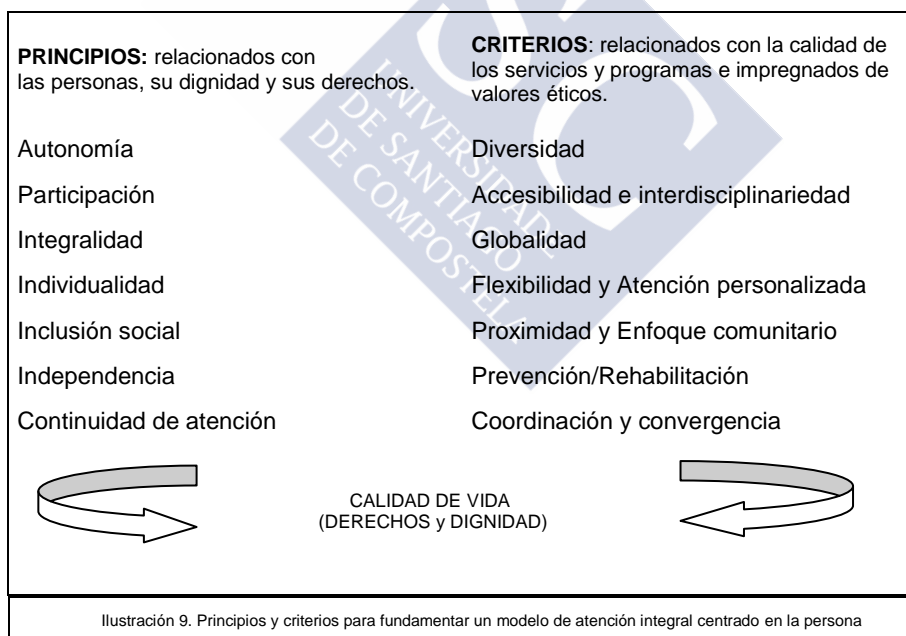
Con el fin de desarrollar una estrategia nacional para proteger la dignidad y el bienestar de las personas mayores que necesitan atención y la asistencia a través de la calidad de la atención a largo plazo se desarrollo el proyecto europeo WeDo

(2010-2012) ⁶⁸, integrado por 18 socios de 12 estados miembros y al finalizar el proyecto, difundió el marco de calidad europeo para los servicios de atención a largo plazo y que incluye los principios y directrices para el bienestar y la dignidad de las personas mayores que necesitan atención y asistencia con criterios de calidad y que interesa tanto a los responsables políticos, proveedores de servicios, cuidadores profesionales como a las personas mayores y las organizaciones de cuidadores informales.

Para intentar que las personas mayores tengan una buena calidad de vida debemos tener en cuenta el modelo de Atención Integral Centrada en la Persona (AICP) o Planificación Centrada en la Persona (PCP) ⁶¹, que supone un cambio de paradigma que consiste fundamentalmente en modificar el objeto central del modelo: desde las actuaciones, servicios y prestaciones para satisfacer una necesidad a la garantía de la dignidad de las personas y la efectividad de sus derechos y el correspondiente ejercicio de sus deberes ⁶⁹. Esta metodología se basa en la profunda creencia de que ninguna persona es igual a otra y todos tenemos distintos intereses, necesidades y sueños y por tanto la individualización debe ser y de hecho es, el valor central de los servicios que prestan apoyo a las personas ⁵⁷. Así, se define la AICP como la que se dirige a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, intereses y preferencias y contando con su participación ⁷⁰. Este modelo diseñado a partir de la evidencia científica producida en ámbitos de la gerontología (evidencias satisfactorias de la aplicación del modelo de atención integral centrado en la persona, sentado en el aseguramiento del ejercicio de los derechos y en la dignidad humana en el ámbito internacional -EEUU, Canadá, Países Nórdicos-) y la discapacidad, tiene como principales características ⁶⁹:

- La atención integral de carácter sociosanitario puede llevarse a cabo tanto mediante el modelo de integración (Países Nórdicos), bien se realice desde el de coordinación de servicios (Francia);
- La AICP abarca mucho más de lo que es el espacio sociosanitario requiriéndose también la intervención de otros sectores, como el educativo, el cultural y de ocio, el urbanístico y de vivienda, el de transporte, el de empleo y seguridad social, etc.

- En la AICP debe conectarse el objetivo de apoyar con las intervenciones la autonomía personal y la vida independiente, con la que se ha denominado “atención transmural” (trabajo intersectorial y desarrollo de redes de servicios de proximidad);
- En los planes y programas que se desarrollen hay que plantearse, además de objetivos para la intervención social con la persona y sus allegados, otros objetivos dirigidos a la involucración de la comunidad para el apoyo a la participación y a la inclusión social;
- El avance en la promulgación de derechos y en la preservación de la dignidad de la persona, que deben configurarse como eje de las políticas de atención, obliga a realizar un cambio de paradigma en el modelo de intervención. Dicho modelo se fundamenta en los principios-criterios siguientes que nos llevan a una calidad de vida en el anciano donde se respetan sus derechos y su dignidad (Ilustración 9)



Sennett,R (2003) ⁷¹ apunta a que este tipo de modelo ayuda a evitar que la gente se vea privada del control de su propia vida y que se convierta en una mera espectadora de sus necesidades y consumidores del cuidado que se les dispensa ⁵⁷.

El estudio de la comorbilidad pone de relieve la importancia de tratar a la persona como un todo. Este concepto de la medicina centrada en el paciente fue introducido por Balint ⁶¹, en contraposición de la medicina centrada en la enfermedad, se aplica tanto a los países en desarrollo como al mundo industrializado ⁷², incluso aquí, en los países desarrollados, hay modelos de atención sanitaria a los ancianos como la atención gerontológica centrada en la persona que es un modelo de atención que asume, como punto de partida, que las personas mayores, seres humanos que son, merecen ser tratadas con igual consideración y respeto que cualquier otra, dado que las personas mayores, sobre todo las que se encuentran en situación de fragilidad o dependencia, son especialmente vulnerables a recibir un trato que no respete su dignidad, lo que implica buscar la conjunción de las dos dimensiones de la capacidad personal: la autonomía y la independencia, para mantener una calidad de vida optima. Así los modelos de atención centrada en la persona reconocen el papel central de la persona usuaria en su atención y, en consecuencia, se proponen estrategias para que sea ella misma quien realmente ejerza el control sobre los asuntos que le afectan.

Debemos prepararnos para enfrentarnos y tratar de manera adecuada al adulto mayor que va acumulando procesos patológicos tanto a nivel clínico como subclínico condicionados por múltiples factores sociales, culturales, estilos de vida, etc ⁷².

En el ámbito de las personas mayores se recopilan documentos a nivel internacional y normas para la promoción de la autonomía y establecimientos de principios a favor de los ancianos que van desde la primera asamblea mundial sobre el envejecimiento en Viena en el año 1982 donde se estableció el plan de acción internacional sobre el envejecimiento donde se hablaba de la necesidad de “tener en cuenta la interdependencia de los factores físicos, mentales, sociales y ambientales” hasta el año 2013 con la Declaración de Río. Se observa que los principios y derechos establecidos han ido evolucionando hacia modelos más centrados en la persona, su dignidad y derechos, que han permitido desarrollar en algunos países modelos de AICP (Tabla II) ⁶⁹.

Naciones Unidas	1982	Plan de Acción internacional sobre el Envejecimiento (Viena)
	1992	Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad
	1992	Proclamación sobre el envejecimiento (42a reunión plenaria, 16 octubre 1992)
	1995	Aplicación del Pacto internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general 6. Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores (13 periodo de sesiones, 1995)
	2002	Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Madrid)
	2002	Plan de Acción internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.
	2008	Declaración Ministerial de León: "Una sociedad para todas las edades: retos y oportunidades" (León).
		Proyecto: Age-Friendly Cities. Proyecto red mundial de ciudades amigables con las personas mayores (OMS)
	1999	Comunicación de la Comisión: Hacia una Europa para todas las edades-Fomentar la prosperidad y al solidaridad entre las generaciones
	2002	Contribución de la Comisión Europea a la segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento
	2004	Envejecimiento.
		Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité económico y Social Europeo y al Comité de Regiones. Modernizar la protección social para el desarrollo de una asistencia sanitaria y de una asistencia de larga duración de gran calidad que sean accesibles y duraderas: apoyo a las estrategias nacionales mediante la utilización del "método abierto de coordinación."
	2012	Resolución WHA 65.3 para "Reforzar las políticas sobre enfermedades no transmisibles para promover el envejecimiento activo" (OMS)
Unión Europea	2013	Declaración de Río : "Más allá de la Prevención y el Tratamiento: El Desarrollo de una cultura del cuidado en respuesta a la revolución de la longevidad" (OMS)
	2012	"Estrategia y plan de acción sobre envejecimiento saludable en Europa 2012-2020" (OMS)
	2007	<i>Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones. "Promover la solidaridad entre las generaciones"</i>
	2009	Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones-Abordar los efectos del envejecimiento de la población de la UE (Informe de 2009 sobre el envejecimiento demográfico)
Consejo de Europa	2011	Propuesta de Decisión del Parlamento Europeo y del Consejo sobre el Año Europeo del Envejecimiento Activo
	1994	Recomendación 1254 sobre los derechos médicos y de bienestar de las personas mayores: ética y políticas
	2010	Promover los derechos y la integración de las personas con discapacidad que envejecen: una perspectiva europea.
	2013	"Partenariado para la innovación en Europa sobre envejecimiento activo y saludable" (EIP on AHA)
Tabla II. Resumen de la normativa internacional sobre las personas mayores		

El artículo 50 de la constitución española se refiere a las personas mayores a los que los poderes públicos deben garantizar mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica y que asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio, este artículo de la constitución española exige medidas para hacer efectivos los derechos reconocidos de las personas mayores y, por tanto, dan sustento al modelo de AICP, pero esta efectividad depende de las leyes que lo desarrollen.

En toda la UE las personas mayores se enfrentan a los mismos problemas en cuanto a su necesidad de atención y asistencia, los problemas más comunes van desde la imagen negativa del envejecimiento y de las personas mayores en la sociedad hasta la dificultad en la búsqueda de sistemas integrados de atención que sean lo suficientemente flexibles como para adaptarse a las cambiantes necesidades de la persona y que favorezcan su participación y empoderamiento. *La edad no es una enfermedad* (*"Age is not a disease"*), es un eslogan de la Sociedad Americana de Geriátrica.

Principales estudios longitudinales en envejecimiento.

El envejecimiento es un fenómeno de pujanza social, y para la ciencia española ha cobrado un valor muy importante, ya que su valor del conocimiento junto con su significado, se torna imprescindible actualmente para el diseño de las políticas públicas. Así nuestro país, está intentando cobrar peso en las opciones futuras de investigación en la Unión Europea, especialmente ante las iniciativas europeas de investigación en esta línea, como ERA-AGE2, FUTURAGE y la JPI "More Years, Better Lives", The Potentials and Challenges of Demographic Change^{9,4}. El futuro de la investigación en Europa debe trascender el ámbito científico para transferir el conocimiento científico a la sociedad, a las administraciones públicas y a la empresa, implicando a las propias personas mayores en la investigación y en el diseño de políticas públicas, tanto de forma individual, como a través de estructuras asociativas⁹.

A nivel internacional destacan tres estudios longitudinales sobre envejecimiento. El primero que se ha puesto en marcha es el Health and Retirement Study (HRS) ¹³, se puso en marcha desde 1992 y ha sido una de las principales fuentes de información sobre las circunstancias de la salud y la economía de personas de más de 49 años en los Estados Unidos. Desde su lanzamiento, el HRS ha pintado un retrato detallado de los adultos mayores de edad que viven en los Estados Unidos que incluye la salud, la cobertura de seguros, las situaciones económicas, el apoyo de la familias, las decisiones de trabajo, y el bienestar en la jubilación ha entrevistado a más de 25.000 personas cada 2 años

El segundo ha sido el English Longitudinal Study of Ageing (ELSA) ¹⁴ que explora las relaciones entre la salud, capacidades funcionales, redes sociales y posición económica de la población mayor de 50 años en el Reino Unido, es uno de los estudios longitudinales más consolidados en Europa, habiéndose desarrollado hasta este momento cuatro tomas de información de los pacientes, desde su comienzo en el 2002 e incluye a casi 11.000 participantes. Sin embargo el proyecto SHARE ^{73,11} es una de las bases de datos de carácter multidisciplinar y transnacional de microdatos sobre la salud, el status socioeconómico y las redes familiares y sociales de más de 45.000 personas mayores de 49 años, convirtiéndose en un pilar importante del espacio europeo de investigación, por su profundidad y amplitud, SHARE proporciona información muy valiosa sobre cómo la diversidad institucional, económica, social y cultural que existe entre los países europeos afecta el proceso de envejecimiento de las sociedades existentes en esta región, comenzó en el 2004 y hasta ahora se desarrollaron cinco tomas de información con cuatro publicadas

Otros dos estudios puestos en marcha el mismo año 2009, en el que nosotros realizamos la segunda evaluación de la cohorte, fueron el The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA) ⁷⁴ y el Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA) ⁷⁵. El primero es un estudio de corte longitudinal que pretende obtener información cada dos años de una muestra de 8.500 ciudadanos irlandeses de más de 50 años con el fin de establecer los factores asociados a un envejecimiento con éxito y el segundo más amplio realizará un seguimiento de por lo menos durante 20 años de 50.000 personas canadienses de 45 y 85 años, recogiendo información sobre el cambio en los aspectos biológicos, médicos psicológicos, sociales y económicos de la vida de las personas.

Actualmente el National Institute on Ageing (NIA), que pertenece a los institutos de salud de la administración estadounidense que tiene por misión mejorar la salud y el bienestar de las personas mayores estadounidenses a través de la investigación colabora en la realización de 55 estudios longitudinales en 13 países diferentes ⁷⁶.

En España se desarrolla en 2009 el proyecto Estudio Longitudinal Envejecer en España (ELES) que es un proyecto interdisciplinar con diseño longitudinal, basado en el seguimiento, durante 20 años, de cohortes de población españolas nacidas antes de 1960, no institucionalizadas. La recogida de datos se efectúa mediante entrevistas periódicas y recogida de datos complementarios. Los promotores del Proyecto ELES son el Centro de Ciencias Humanas y Sociales del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) y el Instituto Gerontológico MATIA (INGEMA). La justificación del proyecto ELES es la generación de conocimiento del proceso de envejecimiento de la población española de más de 50 años, a través de un escenario temporal suficientemente amplio para detectar cambios y transiciones, en diversas dimensiones, en individuos y poblaciones a medida que envejecen. De momento solo se ha realizado un estudio piloto ⁷⁷ en 2009 con 1747 personas, a partir de 2012, una vez analizados totalmente los resultados del estudio piloto, cada dos años, durante dos décadas, con la colaboración de 6.000 ciudadanos, específicamente seleccionados para ser una muestra representativa, se verá evolucionar y completar una interesantísima radiografía de nuestra población. (Tabla III)

ESTUDIO	AÑO INICIO	TAMAÑO MUESTRAL	TIEMPO SEGUIMIENTO	LOCALIZACION
Health and Retirement Study (HRS),	1992	25.000 personas de más de 49 años	Cada 2 años	Estados Unidos
English Longitudinal Study of Ageing (ELSA)	2002	11.000 personas de más de 50 años	Cada 2 años	Reino Unido
Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)	2004	45.000 personas de más de 49 años	Cada 2 años	Europa
The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA)	2009	8.500 personas de más de 50 años	Cada 2 años	Irlanda
Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA)	2009	50.000 personas de 45 a 85 años	Durante 20 años (en fase de reclutamiento)	Canadá
Estudio Longitudinal Envejecer en España (ELES)	2009	6.000 personas de más de 50 años	Cada 2 años	España

Tabla III: Principales estudios longitudinales sobre envejecimiento actuales.

En España también se han realizado otros estudios longitudinales pero, sobre todo, en relación con la fragilidad del anciano. Así, tenemos el estudio Fragilidad y Dependencia en Albacete (FRADEA) ^{78,79} donde se evaluó la fragilidad y la dependencia en 993 personas mayores de 70 años institucionalizados y no durante 534 días. El estudio OCTABAIX es un ensayo clínico multicéntrico de caídas y malnutrición en 328 personas de 85 años no institucionalizadas de tres años de duración, del cual se han publicado varios artículos de estudios descriptivos en el marco del ensayo clínico sobre medicación en las personas mayores ⁸⁰, utilidad de herramientas de evaluación en el anciano como predictores de mortalidad ⁸¹ y fragilidad ⁸². Y, el estudio de Toledo para el envejecimiento saludable ⁸³ que es un estudio poblacional de 2.488 personas de 65 o más años institucionalizados y residentes en la comunidad, para evaluar la prevalencia del síndrome de fragilidad y sus variables asociadas a la población adulta mayor de Toledo, este se realizó una primera fase en los años 2006-2009 y la segunda fase de valoración prevista para 2011-2013 aún está en desarrollo.

Dentro de los diferentes programas europeos de I+D+i en envejecimiento ligados a la innovación que se encuentran en funcionamiento desde el año 2010, destaca el proyecto Futurage, por el que se pretende diseñar la hoja de ruta para los próximos 10-15 años en ámbitos con la innovación en modelos de cuidados de larga duración centrados en la persona y que permitan la permanencia en el entorno, es el modelo Housing, que viene apostando por el desarrollo diversificado de una amplia gama de apoyos y servicios que hagan posible que las personas mayores sigan viviendo en su casa, incluso cuando están presentan niveles importantes de dependencia, el mayor apoyo de este modelo es el común deseo de las personas de envejecer en casa, porque en general, favorece la continuidad de la vida, permite estar rodeado de las pertenencias y recuerdos, preserva la independencia y la privacidad, y además facilita algo muy importante que no siempre en los centros residenciales se logra: que la persona siga tomando sus propias decisiones y controlando su día a día ⁴.

Valoración geriátrica integral y medición de calidad de vida.

El cuidado de los pacientes ancianos tiene particularidades que lo diferencian del cuidado de los más jóvenes, básicamente porque el concepto de salud es más difícil de perfilar con claridad en las personas mayores, ya que ¿consideraríamos enfermo a un anciano cuyo único problema es que necesita gafas para ver de cerca?, así pues toma especial relevancia la definición de salud de la OMS: "aquel estado en el que existe una situación óptima de bienestar físico, mental y social y no meramente una ausencia de enfermedad"⁸⁴, por lo tanto la salud de los mayores se tiene que apoyar en estos cuatro pilares: ausencia de enfermedad, independencia física, bienestar psíquico y buena cobertura social, con lo cual para saber si un anciano está sano debemos valorar esos cuatro aspectos y la herramienta útil es la valoración geriátrica global o integral.

La Valoración Geriátrica Integral (VGI) es un proceso diagnóstico dinámico y estructurado que permite detectar y cuantificar problemas, necesidades y capacidades en el adulto mayor para identificar la necesidad de cuidados o tratamientos con el objetivo de mejorar su salud^{22,85}. Otra de sus definiciones sería que es la cuantificación de todos los atributos, y déficits importantes médicos, funcionales y psicosociales con el fin de conseguir un plan racional de tratamiento y utilización de recursos.

La valoración integral del anciano, es pues, un proceso multidimensional, porque se valoran todos los componentes de la salud del anciano, tanto el área médica como la situación funcional física (la capacidad para realizar distintas actividades como comer, desplazarse, etc.), mental (área cognitiva y afectiva) y social (entorno en el que vive) e interdisciplinario porque la valoración del anciano debe ser realizada por distintos profesionales sanitarios: básicamente médico, enfermera, fisioterapeuta y trabajador social⁸⁶. Habitualmente incluye el uso de diversas escalas, que favorecen una aproximación sistemática, global y dinámica su estado de salud y funcionalidad, permitiendo establecer planes de cuidado, optimizar el uso de recursos y garantizar la continuidad asistencial.

Stuck⁸⁷, después de realizar una revisión sobre los ensayos realizados acerca de la valoración geriátrica exhaustiva, llega a la conclusión de que existe una reducción de

mortalidad a seis meses, en aquellos estudios que emplean algún sistema de valoración geriátrica exhaustiva, y hasta los tres años cuando se analizan estos sistemas integrados en programas de visita domiciliaria, permitiendo un ahorro en la atención sanitaria, al reducir los costes indirectos derivados de la institucionalización.

Actualmente se dispone de diversos instrumentos para el desarrollo de la VGI, se observan diferencias dependiendo del país, del tipo de intervención y del nivel de atención sanitaria. A pesar de que la VGI aborda al adulto mayor en todas sus dimensiones, gran parte de los estudios no abordan la imprescindible dimensión social.

Con esta VGI se pretende mejorar la precisión diagnóstica, optimizar el tratamiento médico y monitorizar el progreso de las intervenciones realizadas, mejorar el estado funcional, optimizar la ubicación y mejorar la calidad de vida, este último debe ser el objetivo prioritario de cualquier profesional de la salud que trabaje con pacientes ancianos. La VGI es también un instrumento básico de valoración de fragilidad en los ancianos y con un cariz preventivo de pérdida de función, la VGI ha demostrado mayor beneficio en ancianos más jóvenes y con mejor estado de salud ⁴⁷.

La información relativa a las tres facetas fundamentales del ser humano (bio-psico-social) puede recabarse sobre cada una de ellas por separado, son los llamados instrumentos unidimensionales ^{64,88} o, preferentemente dada su interrelación, globalmente que serían los instrumentos multidimensionales ⁶⁴. La utilización de los instrumentos multidimensionales, con sus limitaciones, permite recabar información sobre la globalidad de los individuos al tiempo que sobre cada una de sus facetas (bio-psico-social) ⁸⁹.

Por lo tanto, dentro de la VGI, se debe realizar una evaluación médica que debe incluir su historia clínica y exploración física y neurológica completas y una valoración de la esfera funcional donde debe registrarse no solo la situación en la que se encuentra el anciano en el momento de la entrevista, sino la evolución hasta llegar a esa situación, ésta debe incluir la función física, cognitiva, emocional y social. La valoración funcional es uno de los principales ejes de la VGI, principal herramienta diagnóstica en la atención sanitaria a los mayores. La valoración funcional debe incluir la evaluación de la limitación funcional y de la discapacidad

para identificar ancianos en riesgo, caracterizar la progresión hacia la dependencia y comprender los momentos idóneos para instaurar intervenciones eficaces ⁹⁰.

La valoración funcional del anciano constituye una parte fundamental en la valoración geriátrica integral de la persona, que ya la OMS afirma como la mejor forma de valorar la salud del anciano, es la que tiene hoy en día más desarrolladas y validadas escalas de valoración, cuyos criterios a la hora de elegirlos deberían ser: validez, evalúa si un instrumento evalúa lo que se pretende y sensibilidad, se debe detectar lo que realmente se quiere; reproducibilidad, los resultados deben ser los mismos independientemente del entrevistador y la escala debe ser estandarizada y consistente. La situación física se valora mediante la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria, ya sean básicas de vida diaria o autocuidado (AVDB) o instrumentales (AVDI) ⁹¹ y entre ellas encontramos el Índice de Katz ⁹², que es la escala más utilizada a nivel geriátrico y paliativo, basada en el estado actual de la persona y que evalúa el grado de dependencia/independencia de las personas, el Índice de Barthel o Índice de Discapacidad de Maryland ⁹³ que en España es la escala de valoración funcional más utilizada en los servicios de geriatría y rehabilitación, también se emplea para estimar la necesidad de cuidados personales, organizar ayudas a domicilio y valorar la eficacia de los tratamientos. A diferencia del índice de Katz tiene mayor sensibilidad a pequeños cambios y mide mayor número de funciones. Se encuentran también las escalas de incapacidad física de la Cruz Roja que es simple y fácil de utilizar. Importante es la escala de Lawton y Brody ⁹⁴ que evalúa la autonomía física y AVDI en población anciana, es muy sensible para detectar las primeras señales de deterioro del anciano. Un instrumento reciente validado al español es el SF-LLFDI ⁹⁵ (Late Life Function and Disability Instrument abreviado) ⁹⁶ que evalúa la función y discapacidad en las personas mayores de 70 años y está compuesto por 3 subescalas, una de función y dos de discapacidad.

En la valoración del estado mental se encuentra el test de Pfeiffer ⁹⁷, más completo que el minimal test de Folstein ⁹⁸, actualmente se utiliza más el Montreal Cognitive Assessment (MOCA) ⁹⁹ y escala de depresión geriátrica de Yesavage ¹⁰⁰. En la valoración de la situación social encontramos la escala socio-familiar de Gijón que permite obtener información sobre aspectos como el lugar y con quien vive, características de la vivienda, nivel de ingresos ¹⁰¹, etc. Resulta clara la necesidad de uso de programas sistemáticos de detección del estado de salud en la población

anciana, con intervención multidisciplinaria del equipo de salud de forma oportuna para mejorar la calidad de vida del anciano.

Ante la realidad creciente en nuestro país de una mayor demanda de servicios, por parte de las personas ancianas y una menor disposición del tiempo de consulta médica, es necesario la generación de instrumentos sencillos y fiables que consuman menor tiempo o pudieran ser auto-administrados para que el paciente pueda realizarlo en su domicilio.

Instrumentos de medición de calidad de vida

Un concepto a tener en cuenta en los instrumentos de medición es la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), llamada estado de salud percibido¹⁰². Su definición se centra en evaluar la influencia subjetiva del estado de salud, los cuidados sanitarios y las actividades de prevención y promoción de la salud en la capacidad individual de lograr y mantener un nivel de funcionamiento que permita conseguir unos objetivos vitales y se refleje en un bienestar general. Las dimensiones fundamentales son el funcionamiento físico, psicológico-cognitivo y social²⁶. Esta valoración resulta útil en la identificación y priorización de problemas, monitorización del impacto de la enfermedad y el tratamiento y en definitiva para mejorar la calidad de la atención sanitaria¹⁰³⁻¹⁰⁵. La investigación en CVRS ha cobrado un gran auge, entre otras causas, por las insuficiencias de los indicadores sanitarios tradicionales para identificar y priorizar problemas de salud, así como por la integración de las ciencias sociales en la práctica médica o como criterio de justificación de gastos o intervenciones en salud. Esta área ha experimentado un notable desarrollo en España en los últimos 20 años, con la aparición de numerosos cuestionarios de evaluación de CVRS, tanto genéricos como específicos¹⁰².

Los instrumentos de medida de la calidad de vida pueden ser de gran utilidad tanto para la valoración individual del paciente mayor en la práctica clínica como para la valoración de este grupo de población, con el fin de determinar sus necesidades de salud y sus preferencias como ayuda para la planificación de los servicios sanitarios y sociales^{106,107}. Deben poseer cualidades psicométricas como validez, fiabilidad y sensibilidad a los cambios, pero además deben de ser sencillos, fáciles de cumplimentar e interpretar y capaces de proporcionar datos de utilidad clínica¹⁰⁸.

Los distintos cuestionarios diseñados para la evaluación de la calidad de vida han centrado su interés en facetas como la salud, bienestar físico y psicológico, autonomía o mantenimiento de habilidades funcionales, participación social, redes sociales o calidad ambiental, incidiendo de forma especial en alguna de ellas en función de los objetivos planteados ¹⁰⁹. Existen algunos instrumentos genéricos en lengua española para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores: la Escala de Calidad de Vida de la OMS (100 Quality of Life Scale; WHOQOL-100OMS 1998) ^{110,111}, WHOQOL-BREF OMS ¹¹², COOP/WONCA Nelson 1988 ¹¹³ y EQ-5D ¹¹⁴ EuroQol ¹¹⁵, este incluso se puede utilizar en ancianos con deterioro cognitivo ¹¹⁶, el Perfil de Consecuencias de la Enfermedad (Sickness Impact Profile [SIP] ¹¹⁷), el Perfil de Salud de Nottingham (PSN) ¹¹⁸, el SF-12 ¹¹⁹ y el SF-36 ¹²⁰. Este es considerado por algunos autores como uno de los instrumentos genéricos de CVRS más útiles y apropiados para su uso en ancianos, no solo por la medición de la salud en dimensiones físicas, psicológicas y sociales sino que también es útil para la asignación de recursos sanitarios ^{91,93,94,97,98}. Las viñetas COOP/WONCA son el único test que ha sido diseñado explícitamente para ser utilizado en atención primaria ¹²¹.

Algunos de los problemas descritos para la utilización de los instrumentos de CVRS en la práctica clínica diaria y relacionados con su desarrollo, se refieren a las dificultades de separar las propiedades del cuestionario de las características de los sujetos a los que se aplican ²⁶ y las dificultades en cumplimentar cuestionarios con muchos ítems. Muchos de los esfuerzos actuales se centran en conseguir versiones más cortas de los instrumentos actuales, como ha ocurrido con el SF-12 y el EQ-5D.

Pero se recomienda la utilización de instrumentos más largos para evaluar a los ancianos de forma global, aunque sean más costosos. El uso de medidas de valoración multidimensional, que integren todas las áreas a las que nos hemos referido previamente, como el "The Olders Americans Resources and Services Program-Multidimensional Functional Assesment Questionnaire" (OARS-MFAQ) ¹²², permite obtener información completa sobre el estado de salud del anciano, conocer los recursos socio-sanitarios consumidos y valorar cuales serían los precisos. Realiza una valoración funcional, pero fundamentalmente nos permite conocer cuál es la calidad de vida percibida por el anciano y los determinantes de la misma ¹²³. Existen también autores que consideran al "The Older American Resource and

Service (OARS) como el instrumento más adecuado para la valoración de los ancianos que viven en la comunidad ¹²³⁻¹²⁹.

Es necesario ser cuidadoso en la elección y administración de los instrumentos según el propósito, pero a su vez se establece el reto de saber incorporar la información obtenida con estos instrumentos a los sistemas y procesos sanitarios de tal manera que nos permita una mejora constante en el tratamiento y el estado de salud de las personas mayores.





II.- PLANTEAMIENTO DEL TRABAJO



Si bien, la edad ^{130,44} es el factor esencial que determina el deterioro funcional en las personas mayores, existen otras muchas variables que tienen también un impacto determinante en este deterioro. En tanto, la edad es una variable no modificable, otras sí lo son y sobre ellas se puede intervenir con acciones concretas encaminadas a enlentecer el deterioro funcional.

En 2001 llevamos a cabo un primer acercamiento a los factores que influyen en la calidad de vida y deterioro de las personas mayores de la ciudad de Ourense ^{131,132}. Desde entonces hasta el inicio de este trabajo en 2009 han pasado ocho años.

Ahora nos hemos propuesto evaluar en la cohorte de ancianos no institucionalizados de la ciudad de Ourense, los cambios en su capacidad funcional y calidad de vida con relación a la situación de partida ocho años atrás, determinando las principales variables que se asocian a su calidad de vida relacionada con la salud, sus niveles de discapacidad para las actividades de la vida diaria y riesgo de dependencia, uso, demanda y consumo de recursos sanitarios y sociales.

Se precisan estudios que evalúen la posible correlación entre edad, morbilidad y discapacidad que nos permitan determinar dichas variables y planificar actuaciones preventivas así como conocer las necesidades de atención sociosanitaria de la población anciana. Estos problemas son especialmente intensos en Ourense, que tiene la mayor edad media de todo el estado y la mayor tasa de dependencia, así como la segunda mayor de gran dependencia ¹³³. Así, la investigación se convierte en una necesidad social, para marcar el camino que permita adecuar la política sociosanitaria a la realidad social a la que va dirigida.

Objetivo Principal

Determinar los factores predictores de la percepción de la salud y calidad de vida en una cohorte de personas mayores de 65 años del Ayuntamiento de Ourense.

Objetivos secundarios

Para ello vamos a realizar en dicha cohorte estudiada por nosotros hace ocho años, un análisis de las modificaciones en la valoración funcional multidimensional que nos permita:

- 1.- Conocer los cambios producidos en las variables que se asocian a la calidad de vida relacionada con la salud en las personas mayores de 65 años no institucionalizadas de la ciudad de Ourense entre 2001 y 2009.
- 2.- Determinar el nivel de discapacidad para las actividades de la vida diaria y riesgo de dependencia de la población estudiada en este periodo.
- 3.- Conocer el uso, demanda y consumo de los diferentes servicios (mantenimiento básico, sanitarios, sociales y de sostenimiento).





III.- MATERIAL Y MÉTODOS



Búsqueda bibliográfica

Estrategia de búsqueda

Se ha realizado una revisión de la literatura científica desde 2001 hasta 2014.

Para ello se han utilizado las siguientes bases de datos bibliográficas: Medline, Scopus, Embase, Cochrane Library Plus, Science Direct, IME (índice médico español), Scielo, Web of Science (ISI), TRIP database.

También se han utilizado otros recursos disponibles en internet como Google Académico.

Después de una lectura inicial de los resúmenes de los artículos, fueron seleccionados los que cumplían los criterios de inclusión que se detallan en el siguiente apartado.

Posteriormente se procedió a la revisión manual de la bibliografía referida de los artículos que fueron seleccionados.

Criterios de selección de los artículos

Según el diseño del estudio

- Criterios de inclusión: revisiones sistemáticas, estudios experimentales, estudios de cohortes, estudios descriptivos de series de casos, estudios descriptivos, cartas al director, editoriales, comunicaciones a congresos.
- Criterios de exclusión: comentarios y certificados de universidades u otros organismos sin descripción detallada de los estudios.

Según el idioma

- Criterios de inclusión: estudios en castellano, portugués, inglés y francés.
- Criterios de exclusión: estudios en cualquier otro idioma distinto de los citados previamente.

Según los MeSH

- Criterios de inclusión: elderly, quality of life, functional assessment, con términos relacionados: aging, health survey, old age assistance, fragility, mortality, social and health services, old man, daily living activities.

Tipo de estudio

Se trata de un estudio observacional, prospectivo, de seguimiento después de ocho años, de una cohorte de personas mayores de 65 años del Ayuntamiento de Ourense. Elegimos este tipo de estudio porque es el que mejor se adapta a nuestro principal objetivo que es conocer e identificar la evolución temporal de determinados aspectos y variables, observadas en un grupo de personas, en un periodo de ocho años. El diseño descriptivo longitudinal es el que aporta más información ¹³⁴.

La comprensión del proceso de envejecimiento necesita inevitablemente de estudios longitudinales, por dos razones distintas ¹³⁵:

- Unas más generales vinculadas a ventajas metodológicas propias de este estudio, ya que el abordaje longitudinal con evaluaciones repetidas en el tiempo es esencial para obtener datos fiables sobre prevalencia, en los diferentes cortes que se hacen y, sobre todo, de incidencia e historia natural de las enfermedades así como los posibles factores de riesgo asociados.

- Otras razones más específicas que son las relacionadas con la misma geriatría, ya que el mismo concepto temporal del envejecimiento incorpora la presencia intrínseca de la perspectiva longitudinal. Observar en un plazo suficientemente largo es todavía más importante si se considera que el impacto de un mismo factor de riesgo se puede modificar con el envejecimiento.

Se trata, pues, de estudios que nos muestran la evolución natural, en el tiempo, de ciertos aspectos en un grupo de ancianos que tienen a su vez características comunes y la información proporcionada se puede relacionar con cambios en el estilo de vida, pudiendo estimar las necesidades en salud de la población anciana y una posible generalización de las conclusiones obtenidas.

Población diana

El ámbito geográfico del estudio es el Ayuntamiento de Ourense en donde en el año 2008 y según el Padrón Municipal de 2007 la población mayor de 65 años, suponía el 20,78% de la población municipal (22.699 personas) ¹³⁶, pero según el aplicativo del Servicio Gallego de Salud de Tarjeta Sanitaria ésta era del 21,66% (23.668 personas).

Selección de la cohorte

Estudiamos una cohorte de 150 personas que fueron evaluados previamente con el instrumento OARS. Esta cohorte fue entrevistada en el trabajo de investigación de la tesis doctoral del Dr. Manuel Blanco ¹³¹ donde el cálculo del tamaño muestral fue realizado teniendo como referencia estudios previos publicados sobre temas de calidad de vida y, concretamente un trabajo realizado en Galicia con motivo de la validación al gallego del instrumento de medición de calidad de vida OARS, llevado a cabo en el Ayuntamiento de Vigo ¹²⁴. En dicha tesis, el Ayuntamiento de Ourense tenía una población mayor de 65 años en aquel momento de 17.176 individuos, el nº de ancianos a encuestar era de 119 individuos, seleccionándose 166 con la inclusión de los reservas. Al final con la exclusión de individuos según los motivos diferentes se consiguieron entrevistar 150 ancianos. Así pues, fue una muestra representativa en aquella época que será ahora la muestra origen de nuestro trabajo de investigación.

Criterios de exclusión

- 1.- Individuos que no acepten participar en el trabajo.
- 2.- Individuos que fueron institucionalizados (residencia de la tercera edad, en un hospital, o en cualquiera institución cerrada).
- 3.- Cambio de domicilio de las personas y que no pudieron ser localizados posteriormente.
- 4.- Traslados de domicilio fuera de la provincia de Ourense

Metodología

Recogida de datos

Los datos iniciales se recogieron a lo largo del año 2001 por profesionales de enfermería, medicina y psicólogos. Los datos finales fueron recogidos en el año 2009 por un psicólogo previamente entrenado por personas del grupo de comunicación y salud de la Asociación Galega de Medicina Familiar y Comunitaria (AGAMFEC) y observando grabaciones de las encuestas previas realizadas y haciendo una reunión previa al inicio para aclarar posibles dudas.

Inicialmente se buscaron en la base de tarjeta sanitaria las defunciones acontecidas en los pacientes de la cohorte inicial.

Acceso a los entrevistados

La encuesta se realizó en el domicilio de los encuestados. Como bien sabemos, el hecho de que una persona desconocida acuda al domicilio de una persona mayor a realizar una encuesta puede generar desconfianza, lo que alteraría el resultado del estudio e influiría en la colaboración del anciano. Para poder controlar el potencial sesgo de desconfianza al entrevistador, se tomaron las siguientes medidas:

- Se presentó a la prensa desde la alcaldía de Ourense el proyecto de investigación (Anexo A2).
- El equipo investigador se puso en contacto con los médicos de Atención Primaria para informarlos de forma más detallada y personal del contenido y objeto del estudio así como solicitar su colaboración. Se presentó previamente el proyecto mediante una sesión clínica en los centros de salud (Anexo A3).

Se le solicitaba al médico de cabecera que hablara con cada uno de los ancianos de su cupo que entraban en el estudio, para explicarles el objeto de este y solicitarles su colaboración. De esta manera el Médico de Familia se constituyó en el nexo de unión entre el investigador, el encuestador y los sujetos de estudio.

Posteriormente fueron citándose enviando previamente una carta (Anexo A4) al domicilio y concertando una cita por teléfono y se acudió al domicilio. En los casos detectados de cambio de domicilio, se localizaron a los pacientes posibles en otras poblaciones de la provincia de Ourense.

Se registraron las pérdidas ocurridas durante al estudio clasificando las causas en los siguientes grupos:

- Tratarse de un individuo institucionalizado (residencia de la tercera edad, en un Hospital, en cualquiera institución cerrada).
- Paciente no localizado tras cambio de domicilio.
- Traslados de domicilio a un lugar desconocido fuera de la provincia de Ourense.
- Negativa del individuo a colaborar.

Se registran las defunciones ocurridas durante el estudio.

Entrevistador

En el instrumento de medida utilizado en este estudio (OARS-MFQM) existe un bloque final en el que el encuestador debe realizar una valoración diagnóstica del individuo y es imprescindible. La utilización de personal con experiencia en el contacto con personas mayores y con habilidades en el trato personal es esencial. El psicólogo que trabaja en los Servicios Sociales del Ayuntamiento y que tiene formación específica en áreas como la metodología de la investigación y entrevista clínica, considerados como una premisa para favorecer el desarrollo del estudio fue el que realizó las entrevistas para evitar el sesgo interobservador.

Instrumento de medida

Frente a escalas específicas que se detienen en aspectos concretos del individuo, creemos que las escalas de valoración funcional multidimensional son los instrumentos más adecuados para la valoración del anciano en su globalidad y asimismo son imprescindibles para la consecución de los objetivos del estudio. Así la valoración multidimensional es la que más fácilmente puede ayudarnos en las tareas de sugerir medidas de planificación para la atención de este colectivo.

Dentro de los instrumentos de valoración multidimensional hemos escogido el llamado The Olders Americans Resouces and Services Program-Multidimensional Functional Assesment Questionnaire (OARS-MFAQ)^{123,137-144}. Este cuestionario

surgió en 1972 en la Universidad de Duke con el objeto de evaluar estrategias alternativas a la institucionalización de ancianos frágiles. Es probablemente el método más ampliamente probado de obtener una medición global de salud en una muestra de la comunidad sin necesidad de emplear exploraciones físicas o test fisiológicos. En la primera versión conocida del OARS, los investigadores tenían como objetivo que fuera de utilidad al clínico, al investigador y al planificador de programas. Para ello procuraron localizar los mejores instrumentos de medida existentes en el momento, las adaptaron y aportaron nuevas mediciones, creando finalmente el OARS.

Se conoció su versión y manual de uso definitivo americano en el año 1988. Desde este año ha sido utilizado en numerosos países a nivel mundial. En España ha sido validado al castellano en el año 1993^{139,140} y validado al gallego en el año 1994¹⁴⁵ (Anexo A6).

Nuestra decisión en la elección de este instrumento de medida se basa en las siguientes razones:

- Se trata de un instrumento de medición validado a los idiomas castellano y gallego.
- Valora todas las áreas funcionales del individuo, incluidos consumo y demanda de servicios sociales.
- Ya ha sido utilizado con éxito en España y en una ocasión en Galicia.
- Presenta un manual de uso que facilita la uniformidad entre los encuestadores (Anexo A7)

Variables del estudio - Descripción del OARS-MFAQ

El instrumento OARS-MFAQ consta de 397 variables.

Variables de filiación

- Edad. La edad del paciente en años cumplidos al inicio del estudio.
- Sexo. Variable dicotómica hombre/mujer.

Variables clínicas y sociofamiliares

Definidas en el instrumento OARS-MFAQ que está constituido por dos partes:

OARS-MFAQ - Parte A

Esta parte está orientada a la exploración de las áreas de salud física y mental, recursos sociales y económicos, y actividades de la vida diaria. En cada área se realiza un juicio cuantitativo.

Comienza esta parte por una escala de valoración rápida de déficit cognitivo, para determinar si la información podrá ser recabada del anciano o si fuera necesario la colaboración de un informante. Concretamente utiliza para realizar esta valoración el instrumento Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)⁹⁷. Este test evalúa la memoria remota, los conocimientos aprendidos en el pasado, valora habilidades prácticas de supervivencia y posee un indicador de capacidad matemática. Para su interpretación es preciso tener en cuenta el nivel de estudios, así en el caso como el nuestro, donde la mayoría de la población solo tiene estudios básicos, hay que interpretarlo en cada una de sus categorías con un error más.

El apartado de exploración de recursos sociales tiene como fin evaluar la red social que rodea al individuo, tanto la red estructural como la funcional. Con el objeto de calibrar el aislamiento social se realizan cuatro preguntas clave. Se le pregunta si existe alguien en quien pueda confiar, si se encuentra solo, si ve a sus familiares tanto como quisiera y por último si existe alguien que le ayudaría de estar enfermo.

El área de evaluación de recursos económicos, recoge por un lado el perfil profesional anterior de la persona mayor y su estado económico actual.

El área de salud física incluye preguntas sobre número de visitas al médico, días enfermo en los últimos seis meses, 18 categorías de medicamentos, en este apartado para recoger la información de la toma de fármacos se le pedía a la persona mayor que mostrara los medicamentos que tomaba y el encuestador los anotaba en el test, siendo posteriormente el investigador el que los adscribía al grupo terapéutico. Se recoge información sobre 28 enfermedades, valoración de la visión, audición, presencia de prótesis, ejercicio físico y preguntas sobre autovaloración.

Para el área de salud mental, los autores del cuestionario adaptaron un instrumento conocido de la época como era el Minnesota Multiphasic Personality Inventory. También incluye el Short Psychiatric Evaluation Schedule (SPES), cuestionario orientado a la detección precoz de problemas psiquiátricos en las personas mayores. El SPES está formado por quince afirmaciones a las que hay que contestar como verdadero o falso. Explora aspectos como la depresión, las alteraciones del sueño, la hipocondría o la ansiedad. Se considera que puntuaciones de cinco o más en este cuestionario indicarían una posible alteración psiquiátrica, y haría necesario realizar despistaje de patología.

El área de valoración de actividades de la vida diaria (AVD), se diferencian en dos bloques, las AVD básicas (AVDB) que engloban aquellas tareas o funciones esenciales para el desenvolvimiento personal y las instrumentales (AVDI), que valoran de forma más directa la conservación de las funcionalidades del individuo.

Están basados en los ítems de Katz ⁹² a los que se le añadieron dos preguntas referentes a la capacidad de andar y a la capacidad de acicalarse. La valoración que de las actividades de la vida diaria se hace en el OARS, se puede trasladar, como ya han hecho otros autores ^{123,145}, a la escala presentada por Katz y de este modo poder comparar los resultados con otros estudios.

Índice de Katz modificado ¹⁴⁵

- A:** Puede realizar todas las AVD básicas sin ayuda.
- B:** Necesita ayuda en una de ellas.
- C:** Necesita ayuda en el baño y en otra cualquiera.
- D:** Necesita ayuda en el baño, en el vestido y en otra cualquiera.
- E:** Necesita ayuda en el baño, en el vestido y en otra cualquiera, pero conserva la capacidad de movimiento.
- F:** Necesita ayuda en el baño, en el vestido, para moverse y en otra cualquiera
- G:** Necesita ayuda en todas
- Otras:** Dependiente en dos funciones pero no clasificable en lo previo.

OARS-MFAQ - Parte B

En este apartado se recoge información sobre veintidós potenciales servicios de los que haya podido hacer uso el anciano en los últimos seis meses. El objetivo de exploración del área de recursos sociales se centran en tres aspectos: medidas de interacción y recursos sociales del entrevistado, medidas de bienestar subjetivo y de adaptación y finalmente mediciones de la adecuación sujeto-entorno. Dentro del área social tienen especial relevancia los patrones de amistad, las visitas sociales, la presencia de amigos cercanos y la existencia de disponibilidad de apoyo social.

En el estudio de los recursos sociales, desde un punto de vista descriptivo con este tipo de cuestionarios obtenemos información relevante sobre los servicios. Esta información se podrá agrupar en áreas afines: área de mantenimiento básico o diario, área de sostenimiento, área sanitaria (terapéutica o rehabilitadora).

Clasificación de servicios <i>Services Assessment Questionnaire, SAQ</i>	
Área de mantenimiento básico o diario	Servicios sanitarios (terapéutica o rehabilitadora)
Cuidados personales diarios	Salud mental
Reeducación de habilidades personales	Psicofármacos
De control o comprobación	Cuidados de enfermería
Supervisión continua	Fisioterapia
Tareas domésticas	Cuidados médicos
Preparación de comidas	Díscos de apoyo / prótesis
Servicios de sostenimiento	Servicios sociales / entretenimiento
Transporte	Ocupación de ocio / Tiempo libre
Reubicación. Conseguir vivienda	Viajes
Ayuda legal	Deportes
Mejoras hogar. Acondicionamiento de la vivienda	
Ayuda económica	
Ayuda para comprar comida	

OARS-MFAQ - Parte final

Después de completar el cuestionario, el entrevistador deberá realizar en primer lugar una valoración cualitativa de la veracidad de la información recibida y un juicio cuantitativo sobre el sujeto en cada una de las siguientes áreas: recursos sociales, recursos económicos, salud mental, salud física y actividades de la vida diaria.

El entrevistador da una puntuación en cada una de esas áreas, que viene a equivaler a un juicio del estatus del entrevistado en esa área. Con estas valoraciones se crea la puntuación de deterioro funcional. La medición va a lo largo de una escala de seis puntos donde 1= “funcionamiento excelente” a 6 = “totalmente incapacitado” (Anexo A8). Para la representación gráfica de las categorías funcionales se agruparán en tres: situación funcional excelente o buena (1,2), deterioro leve o moderado (3,4) y deterioro grave o absoluto (5,6).

Modo de aplicación

La información se recogió en el domicilio del sujeto, mediante entrevista personal dirigida. En la primera parte del cuestionario, existe una serie de preguntas dirigidas a un informante cualificado, conocedor de la situación actual del sujeto índice. Entendiéndose como tal a un familiar que viva con el sujeto, alguien responsable de su cuidado, alguien que viva en la casa sin ser familiar o un vecino (sobre todo en ámbitos rurales) y por último también podría tratarse de un familiar del sujeto que no viva en la casa. El cuestionario está constituido por preguntas de carácter cerrado con varias opciones, existiendo en todas ellas la posibilidad de no contestar donde se indica si no sabe o rehúsa contestarla. La duración aproximada de la encuesta es de unos cuarenta minutos, aunque este tiempo se ve sustancialmente reducido con el entrenamiento del entrevistador.

En cualquier caso el presente cuestionario posee un “manual del entrevistador” (Anexo A7) que facilita y aclara aquellos aspectos que presenten dificultad en su interpretación.

Recogida y análisis estadístico de los datos

La encuesta OARS-MFAQ se recogió en formato en papel, posteriormente fue volcado en una base de datos creada directamente sobre SPSS 15.0 para Windows.

La información que genera este instrumento de medida nos permite realizar los siguientes cálculos estadísticos:

- El cuestionario posee un área general, donde aplicamos un estudio descriptivo básico utilizando medidas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (desviación estándar, DE), estimación de medias y proporciones expresadas con sus intervalos de confianza (IC) al 95%. En este área nos encontramos con valores como los siguientes: prevalencia de enfermedades, consumo de fármacos, ingresos económicos, valoración de la vivienda, convivientes con el anciano, nivel de estudios, tipo de cobertura sanitaria, utilización de prótesis o dispositivos de apoyo y toda el área de las actividades de la vida diaria (AVD).
- Categorizamos variables continuas como el SPMSQ, que es frecuentemente presentado en la literatura siguiendo una subdivisión en categorías, de esta forma de 0 a 2 errores se considera sin alteración, de 3 a 4 errores alteración leve, de 5 a 7 errores moderado deterioro intelectual y más de 7 alteración severa. Realizamos también lo mismo con la renta, explorando si el encuestado poseía una renta inferior a 600 €/mes o superior, y en el caso que quisiese, que nos comunicase el valor exacto de lo que cobraba de pensión de jubilación. La utilización de esta forma de pregunta estaba encaminado a no levantar desconfianza en la entrevista.
- En el análisis bivalente, para la comparación de variables cuantitativas se utilizó la T-student para datos apareados; en caso de no cumplir criterios de normalidad según el Test de Kolmogorov-Smirnov se utilizan pruebas no paramétricas como la U de Mann Whitney. En la comparación de variables cualitativas dicotómicas se empleó la prueba de McNemar para datos apareados, cuando las variables no eran binarias, sino multinominales, utilizamos la prueba de homogeneidad marginal que es una extensión de la prueba de McNemar para ese tipo de datos. En el análisis bivalente también

utilizamos el modelo de regresión lineal simple para la comparación de variables continuas.

- El cuestionario posee, al final del mismo, un modulo en el que el encuestador debe realizar una valoración del anciano en las cinco áreas exploradas: recursos sociales, recursos económicos, salud mental, salud física y desempeño de las AVD. Con estas valoraciones se crea la puntuación de deterioro funcional. Para la realización del análisis multivariante de la posible influencia de los distintos factores en la diferencia de puntuaciones en las áreas de deterioro funcional en el periodo comprendido entre el año 2001 y el año 2009, construimos un modelo de regresión lineal múltiple. Como paso previo a la realización del análisis multivariante utilizamos el modelo de regresión lineal simple para hallar aquellas variables que resultaban más significativas.

Así comparamos la diferencia de puntuaciones al final e inicio del estudio en el área de recursos sociales con las variables sociodemográficas (que han sido comunes a todas las áreas: sexo, edad y estado civil) y con las variables del área de servicios sociales y entretenimiento, del área de mantenimiento básico o diario y con alguna que nos pareció podría tener relación con los recursos sociales del área de sostenimiento.

En el área de recursos económicos comparamos la diferencia de puntuación al final e inicio del estudio con las áreas básicas de servicios, área de sostenimiento y de mantenimiento básico.

En el área de salud mental realizamos la comparación de la diferencia de puntuación al final e inicio con las variables sociodemográficas y las variables de las áreas de servicios sanitarios, área de salud mental, de cuidados diarios y de psicofármacos.

En el área de salud física estudiamos la relación en la diferencia de puntuaciones al final e inicio de la investigación con las áreas de los servicios sanitarios, cuidados médicos, de enfermería, fisioterapia, prótesis y de tratamientos médicos y por último en el área de actividades de la vida diaria analizamos las probables asociaciones en la diferencia de puntuación en esta área a lo largo de los ocho años del estudio con las variables

sociodemográficas y las variables de las áreas de mantenimiento básico, de transporte, de sostenimiento y de cuidados diarios.

- Para la valoración de las AVD utilizamos el índice de Katz modificado. Debido a nuestro tamaño muestral decidimos recodificarlo en dos categorías: independiente total en todas las áreas y dependiente en alguna de las AVD. Inicialmente se realizó un análisis de regresión logística univariante con aquellas variables que resultaron de interés clínico y seleccionando de éstas, aquellas cuya distribución muestral permitió dicho cálculo. Posteriormente se realizó un análisis de regresión logística multivariante introduciendo las variables estadísticamente significativas en el univariante y aquellas de interés clínico eliminando las variables con alta correlación o bien las que presentaban una dispersión elevada en los IC. Analizamos así, las posibles variables predictoras de dependencia, estudiando la relación de las variables relacionadas con la salud física, salud mental, apoyo social e invalidez del año 2001 con el índice de Katz del 2009.
- Posteriormente tomamos las variables relacionadas con la salud física, salud mental, apoyo social e invalidez, posibles predictoras de dependencia, tanto del año 2001 como las del 2009 y vimos que variación había entre ellas, recodificándolas en no hubo cambio y si hubo empeoramiento o mejora en este periodo de tiempo que se realizó el estudio, comparándolas con el índice de Katz del 2009. Primero realizamos análisis bivalente mediante chi-cuadrado o T-student Fisher y después regresión logística univariante en aquellas variables que nos lo permitía la distribución de la muestra. Al realizar el análisis de regresión logística multivariante fuimos introduciendo las variables estadísticamente significativas en el univariante y las de interés clínico, que pudieron incluirse en un modelo óptimo, eliminando las variables que presentaban una gran dispersión en los IC.

Para el análisis de mortalidad se realizaron estudios de la supervivencia global y específica, tablas de Kaplan Meier (test Log-Rank) y modelos de COX para las variables de estudio. Las variables significativas en este primer análisis y aquellas que resultaron ser de interés clínico, fueron introducidas en el análisis de COX

Multivariante (prescindiendo de aquellas que presentasen colinealidad o fuesen combinación lineal de otras).

Todos los resultados analíticos se han expresado en función de sus intervalos de confianza al 95% y consideramos un nivel de significación de $p < 0,05$.

El análisis estadístico se realizó con el SPSS 15.0 para Windows y el programa (Software libre) R (www.r-project.org/) sobre todo para el análisis multivariante.

Para el cálculo de las diferencias de proporciones y para los IC de las proporciones empleamos el programa estadístico Epidat 3.1.

Financiación

Para la realización de este trabajo de investigación se contó con financiación de una beca de investigación de la Consellería de Sanidad de la Xunta de Galicia, en colaboración con el Ministerio de Ciencia e Innovación a través del instituto de Salud Carlos III, para la realización de proyectos de investigación en los centros del sistema sanitario público gallego (orden del 27 de junio de 2008). Número de expediente PS08/50. Proyecto titulado: "Personas mayores del Ayuntamiento de Ourense. Determinación multifactorial de su estado funcional

Dificultades del estudio

Al tratarse de una cohorte de seguimiento a 8 años, en ese tiempo algunos pacientes cambiaron de residencia, incluso fuera de la provincia, lo que dificultó su localización con las consiguientes pérdidas en la muestra.

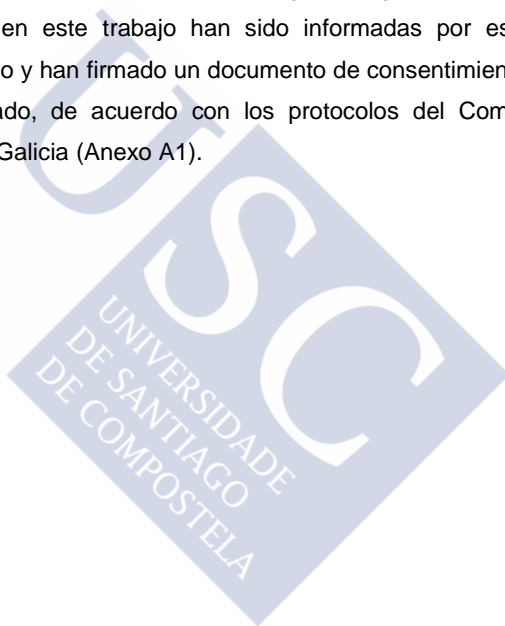
Aspectos éticos

El estudio se ha realizado respetando la normativa nacional y europea en lo que a investigación clínica se refiere y siguiendo las recomendaciones éticas internacionales para la investigación en humanos establecidas en los principios de la Declaración de Helsinki y sus posteriores modificaciones, en el Convenio del Consejo de Europa relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina, así como los

requisitos establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica, la protección de datos de carácter personal y la bioética.

La gestión de los datos recogidos así como el manejo de las historias clínicas han cumplido en todo momento con las exigencias de la Ley Orgánica de Protección de Datos (15/1999) y el RD 994/1999 y al uso de las historias clínicas con un fin no asistencial (ley 3/2005, de modificación de la ley 3/2010, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes).

Se solicitó la autorización del Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia que se concedió el 30 de septiembre del 2008 con el código de registro 2008/287, y todas las personas incluidas en este trabajo han sido informadas por escrito de las características del estudio y han firmado un documento de consentimiento informado específicamente elaborado, de acuerdo con los protocolos del Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia (Anexo A1).







IV.- RESULTADOS



No respondedores. Excluidos

El porcentaje de individuos de la cohorte del 2009 que fueron excluidos se situó en un 14,6%, destacando como principales motivos, la negativa a colaborar con un 40,9%. En segundo lugar, la institucionalización con un 22,7% de los casos. Observamos que no existen diferencias entre los motivos de exclusión que se reparten de forma similar entre sexos ($p=0,42$), como podemos ver en la tabla siguiente:

Motivo	SEXO		Total
	Hombres	Mujeres	
NEGATIVAS	6 (54,5%)	3 (27,3%)	9 (40,9%)
INSTITUCIONALIZADOS	1 (9,1%)	4 (36,4%)	5 (22,7%)
RESIDENCIA FUERA	2 (18,2%)	2 (18,2%)	4 (18,2%)
ILOCALIZABLES	2 (18,2%)	2 (18,2%)	4 (18,2%)
TOTAL	11 (100%)	11 (100%)	22 (100%)

Tabla IV. Motivos de exclusión. Distribución según el sexo.

Análisis de mortalidad.

En este periodo de nuestra cohorte inicial se produjeron 40 éxitos (31,3%) de los cuales el 52,5% (21) fueron mujeres y el 47,5% (19) fueron hombres.

La media de supervivencia global de la muestra fue de 6,9 años (IC 95%: 6,53;7,29), siendo la probabilidad de supervivencia al año del 94,7% (IC 95%: 89,6;97,3), a los 5 años del 80,6% (IC 95%: 73,4;86,1) y al octavo año del 72,7% (IC 95%: 64,5;79,3).

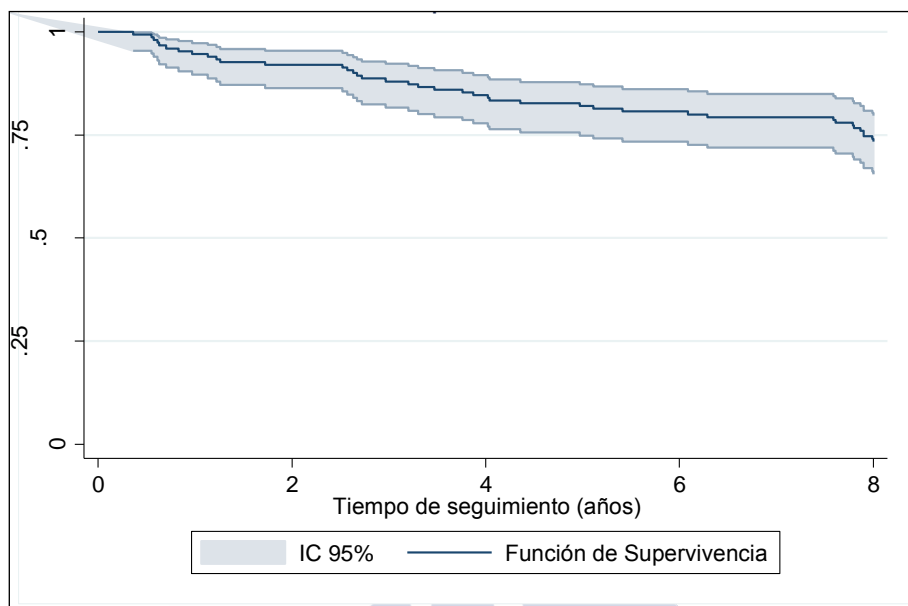


Ilustración 10. Diagrama de Kaplan Meier para la probabilidad de supervivencia.

Realizamos también un análisis de la relación de las variables sociodemográficas, de las puntuaciones de deterioro funcional de las distintas áreas y del índice de Katz y la mortalidad mediante las curvas de supervivencia de Kaplan-Meier y el test de Log-Rank.

En cuanto a las características socio-demográficas no se encontraron diferencias en la supervivencia de los pacientes en cuanto al sexo ($p=0,427$) aunque si se encontraron diferencias en cuanto a la edad de los pacientes ($p<0,001$), siendo mayor el riesgo de mortalidad en los pacientes de mayor edad HR (1,176) (IC 95%: 1,13;1,23). Respecto al estado civil los hemos agrupado en solteros, casado y viudos. Los casados tienen tres veces menos riesgo de muerte que los solteros y los viudos igual riesgo que los solteros.

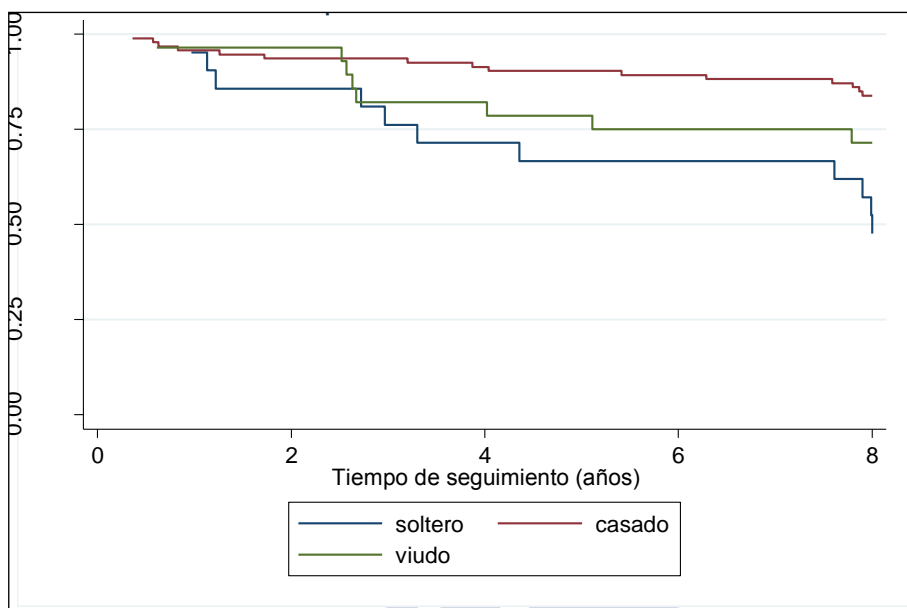


Ilustración 11. Estimación de Kaplan-Meier en función del estado civil.

Respecto a las puntuaciones de deterioro funcional de las distintas áreas encontramos significativamente que a mayor deterioro en salud física y salud mental mayor riesgo de mortalidad ($p < 0,001$). En las AVD, hallamos que a mayor deterioro en la capacidad para la realización de las mismas mayor riesgo de mortalidad, guardando también significación estadística ($p < 0,001$). No encontramos relación entre el área de los recursos sociales y la mortalidad. Y, por último, observamos en que a mayor deterioro en el área de recursos económicos, mayor riesgo de mortalidad ($p < 0,001$), por lo tanto el mayor deterioro en todas las áreas guarda relación estadísticamente significativa con el aumento del riesgo de mortalidad menos en el área de recursos sociales.

Al analizar el índice de Katz con el riesgo de mortalidad, observamos que los ancianos dependientes tienen 3,439 veces más riesgo de mortalidad que los no dependientes.

Por último, al realizar el análisis multivariante de la supervivencia mediante la regresión de Cox encontramos que sólo la edad y el área funcional de las AVD fueron predictoras de mortalidad, en el modelo óptimo, incrementándose el riesgo de muerte en los ancianos con más edad ($p<0,001$) y los que tenían mayor deterioro en el área de las AVD ($p=0,002$). (Tabla V).

Univariante			Multivariante	
Variable	HR	IC (95%)	HR	IC (95%)
Sexo(mujer)	0,777	(0,4; 1,4)	-	-
Edad (años)	1,176	(1,1; 1,2)	1,154	(1,1; 1, 2)
Nadie (sí)	1,099	(0,4; 2,8)	-	-
Estado Civil: solteros (ref.)			-	-
casados	0,258	(0,1; 0,5)	-	-
viudos	0,501	(0,2; 1,2)	-	-
KATZ (dependientes)	3,439	(1,7; 6,9)	-	-
Salud física	1,708	(1,3; 2,2)	-	-
AVD	1,723	(1,4; 2,1)	1,356	(1,1; 1,6)
Salud Mental	1,586	(1,3; 1,9)	-	-
Recursos Sociales	1,148	(0,9; 1,5)	-	-
Recursos Económicos	1,375	(1,1; 1,8)	-	-

Tabla V. Modelo de regresión de Cox univariante y multivariante. HR: Hazard Ratio. IC: Intervalo de Confianza para la Hazard Ratio.

Características socio-demográficas

De nuestra cohorte de 150 personas entrevistadas en el año 2001, el número final de entrevistados fue de 88 individuos que corresponden a 32 hombres 36,4% (IC 95%: 25,7;47) y a 56 mujeres 63,6% (IC 95%: 53;74,3). Personas mayores de 80 años, corte definido en la literatura anglosajona como los “oldstest old”, se sitúa en la cohorte del 2009 en el 54,5% (IC 95%: 43,6;65,5) mientras que en la del 2001 se situó en un 12,5% (IC 95%: 5;20).

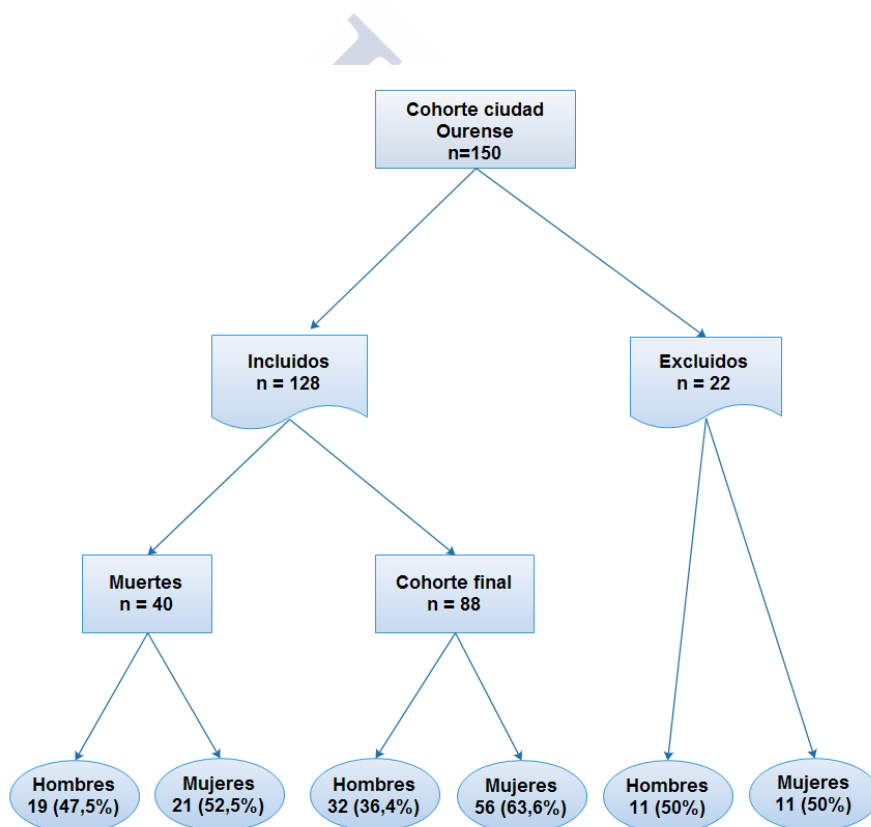


Ilustración 12. Distribución de los excluidos e incluidos según el sexo.

La media de edad de nuestra cohorte del 2009 es de 80,9 años (IC 95%: 79,8;82). La edad media de las mujeres es ligeramente mayor 81,6 años (IC 95%: 80,1;83), frente a los hombres con 79,7 años (IC 95%: 78;81,4). En la ilustración 13 podemos observar la diferencia en la distribución etaria, correspondiendo la mayor longevidad al sexo femenino y en la ilustración representamos la comparativa de la edad de las dos cohortes con respecto al sexo.

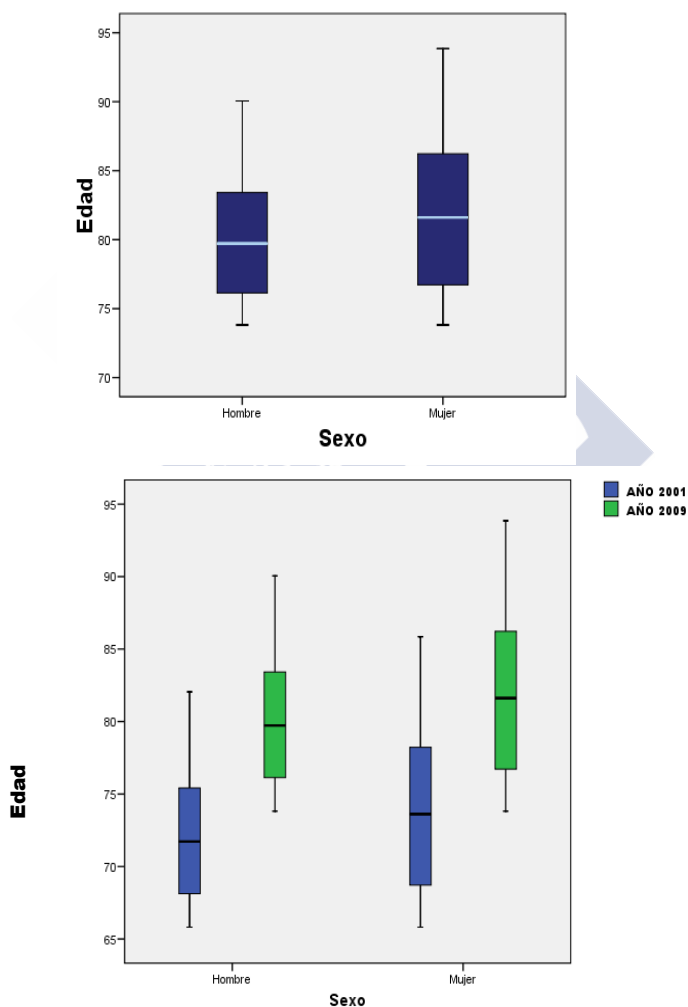


Ilustración 13. Diagrama de cajas que representan el comportamiento de la edad según el sexo y comparativa de las dos cohortes.

Las características socio-demográficas comparativas de las dos cohortes quedan reflejadas en la tabla VI, donde cabe destacar que la población de las mismas está fundamentalmente casada, con una disminución importante en el último periodo pasando de un 75,9% al 59,3%, con incremento de la población viuda que casi duplica a la cohorte del 2001, 16,1% frente a 30,2%. Observamos también que al cabo de este periodo no hay ningún hombre viviendo solo mientras en las mujeres aumenta el porcentaje ligeramente, sin ser significativo. Respecto al nivel de estudios observamos leves variaciones en el mismo con el paso del tiempo, pero la variación no llega a ser significativa.

	INICIAL (2001)			FINAL (2009)		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
ESTADO CIVIL	n=87			n=86		
Soltero/a	6,9% (1; 12,8)	6,3% (0,8; 20,8)	7,3% (2; 17,6)	7% (1; 12,9)	6,7% (0,8; 22,1)	7,1% (2; 17,3)
Casado/a	75,9% (66,3; 85,4)	90,6% (75; 98)	67,3% (54; 80,6)	59,3% (48,3; 70,3)	90% (73,5; 97,9)	42,9% (29; 56,7)
Viudo/a	16,1% (7,8; 24,4)	3,1% (0,1; 16,2)	23,6% (11,5; 35,8)	30,2% (19,9; 40,5)	3,3% (0,1; 17,2)	44,6% (30,7; 58,6)
Divorciado/ separado	1,1% (0; 6,2)	0% (0; 10,9)	1,8% (0,1; 9,7)	3,5% (0,7; 9,9)	0% (0; 11,6)	5,4% (1,1; 14,9)
VIVE SOLO	n=87			n=86		
Si	13,9% (6; 21,9)	3,1% (0,1; 16,2)	20% (8,5; 31,5)	13,9% (6; 21,9)	0% (0; 11,6)	21,4% (9,8; 33,1)
EDUCACIÓN	n=87			n=86		
Analfabeto	1,1% (0; 6,2)	0% (0; 10,9)	3,6% (0,4; 12,5)	1,2% (0; 6,3)	0% (0; 12,3)	1,8% (0,1; 9,7)
Sabe leer	29,9% (19,7; 40,1)	40,6% (22; 59,2)	23,6% (11,5; 35,8)	25,6% (15,8; 35,4)	32,2% (13; 51,2)	23,6% (11,5; 35,8)
Primarios	56,3% (45,3; 67,3)	46,9% (28; 65,7)	60% (46,1; 73,9)	60,5% (49,6; 71,4)	55,3% (40,8; 70,8)	61,8% (48,1; 75,6)
Bachiller	10,3% (3,4; 17,3)	9,4% (2; 25)	10,9% (1,8; 20,1)	10,5% (3,4; 17,5)	9,4% (2; 25)	10,9% (1,8; 20,1)
Universitarios	2,3% (0,3; 8,1)	3,1% (0,1; 16,2)	1,8% (0,1; 9,7)	2,3% (0,3; 8,1)	3,1% (0,1; 16,2)	1,8% (0; 9,7)

Tabla VI. Características socio-demográficas iniciales y finales de la cohorte a estudio.

OARS. Cohorte de la ciudad de Ourense

Iniciamos el cuestionario con uno preliminar, orientado al estado cognitivo del individuo, el SPMSQ. Observamos como se ha producido un deterioro importante en estos ocho años, pasando del 96,6% (IC 95%: 90,4;99,3) con función intelectual normal en el año 2001 al 59,8% (IC 95%: 48,9;70,7) en 2009 y un aumento del deterioro grave del 1,1% (IC 95%: 0,6;2) al 17,2% (IC 95%: 8,7;25,7) (Ilustración 14), con gran significación estadística ($p<0,001$). Existe además diferencia entre sexos al analizar la última cohorte presentando la mujer mayor número de errores ($p=0,04$) (Anexo A12).

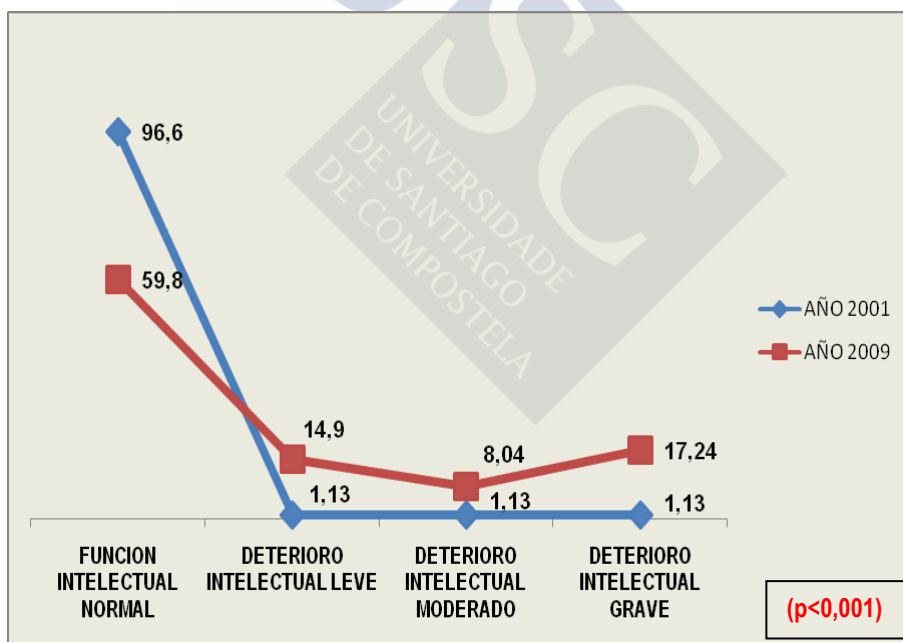


Ilustración 14. Evolución del estado cognitivo de los individuos en el estudio en el periodo (2001-2009). Short Portable Status Questionnaire.

Multidimensional Functional Assesment Questionnaire (MFAQ)

Recursos sociales

Entre los convivientes de los encuestados, en primer lugar se observa a la pareja en un 57,6% (IC 95%: 46,5;68,7) de los casos, seguido de sus hijos un 32,9% (IC95%: 22,4;43,5), destacando un 13,9% (IC 95%: 6;21,9) que vive solo. Porcentajes similares a los obtenidos en el año 2001 aunque se redujo el porcentaje de los que vivían con su pareja siendo significativo ($p<0,001$), en incremento de otros familiares.

CONVIVENCIA	INICIAL (2001)	FINAL (2009)	DIF. PORCENTAJES (Final - Inicial)	p
SOLO	13,9% (6; 21,9)	13,9% (6; 21,9)	0% (-8,1; 8,1)	1
MARIDO/MUJER	75,3% (65,5; 85,1)	57,6% (46,5; 68,7)	-17,6% (-19,9; -8,5)	<0,001
HIJOS	28,2% (18,1; 38,4)	32,9% (22,4; 43,5)	4,7% (-7,0; 16,4)	0,556
NIETOS	9,4% (2,6; 16,2)	4,7% (1,3; 11,6)	-4,7% (-8,8; 2,8)	0,289
HERMANOS	4,7% (1,3; 11,6)	3,5% (0,7; 10)	-1,2% (-3,5; 2,9)	1
OTROS FAMILIARES	5,9% (1,9; 13,2)	9,4% (2,6; 16,2)	3,5% (-4,2; 9)	0,508
AMIGOS	2,3% (0,3; 8,2)	2,3% (0,3; 8,2)	0,0% (-6,1; 6,1)	1
ASISTENTE	0% (0; 4,2)	1,2% (0; 6,4)	1,2% (0; 6,4)	1
OTROS	0% (0; 4,2)	1,2% (0; 6,4)	1,2% (0; 6,4)	1

Tabla VII. Personas que conviven con los encuestados al inicio y final del estudio.

El teléfono no es usado nunca por el 6,6% (IC 95%: 2,2;14,7) y el contacto con personas diferentes a las que convive es frecuente, una vez al día o más un 14,5% (IC 95%: 5,9;23), de dos a 6 veces por semana un 57,9% (IC 95%: 46,1;69,6) y una o ninguna vez a la semana el 27,6% (IC 95%: 16,9;38,3), siendo la distribución diferente respecto al periodo anterior y significativa ($p=0,021$) por el mayor aumento del contacto sobre todo diario y más veces a la semana. Si el aislamiento social se define como aquellos individuos que viviendo solos no tienen contacto habitual diario

IV.- Resultados

con otras personas, observamos que afecta a un 9,1%, porcentaje similar al de la etapa anterior.

	INICIAL (2001) Porcentaje (IC 95%)	FINAL (2009) Porcentaje (IC 95%)	DIF. PORCENTAJES (Final - Inicial)	p
ALGUIEN EN QUIEN CONFIAR				1
Si	98,7% (92,8; 99,9)	98,7% (92,8; 99,9)	0% (-5,9; 5,9)	
No	1,3% (0; 7,2)	1,3% (0; 7,2)	0% (-5,9; 5,9)	
SE ENCUENTRA SOLO				0,198
Muy a menudo	10,7% (3; 18,3)	12% (4; 20)	1,3% (-7,8; 9,7)	
Algunas veces	18,7% (9,2; 28,1)	25,3% (14,8; 35,8)	6,7% (-7,8; 21,1)	
Casi nunca	70,7% (59,7; 81,6)	62,7% (51,1; 74,3)	-8% (-21,2; 5,2)	
VE A SUS FAMILIARES				1
No como quisiera	28,6% (15,8; 41,3)	26,8% (14,3; 39,3)	-1,8% (-16,4; 13,5)	
Tanto como quisiera	71,4% (58,7; 84,1)	73,2% (60,7; 85,7)	1,7% (-13,5; 16,4)	
ALGUIEN LE AYUDARÍA DE ESTAR ENFERMO				1
Sí	91,2% (83,7; 98,6)	89,7% (81,7; 97,7)	-1,5% (-9,6; 7,6)	
No	8,8% (1,3; 16,3)	10,3% (2,3; 18,2)	1,5% (-7,6; 9,6)	
CUÁNTO TIEMPO LE CUIDARÍA				<0,001
De forma ocasional	1,8% (0; 9,7)	25,4% (13; 37,9)	23,6% (10,8; 36,7)	
Por algún tiempo	12,7% (3; 22,4)	29,1% (16,2; 42)	16,3% (0,1; 26,7)	
Indefinidamente	85,5% (75,2; 95,7)	45,5% (31,4; 59,5)	-40% (-54,8; -25,2)	

Tabla VIII. Área de recursos sociales inicial y final. Los datos se presentan en porcentajes

Un 1,3% (IC 95%: 0;7,2) de la muestra refiere que no tiene en quién confiar al igual que en el 2001. El sentirse sólo afecta al 12% (IC 95%: 4;20) siendo mayoritariamente en mujeres (15,7%) donde aumentó ligeramente el porcentaje pero sin ser significativo (Anexo A12). Un 26,8% (IC 95%: 14,3;39,3) de la muestra no ve a sus familiares tanto como quisiera, dato muy similar al del inicio del estudio, y en la cohorte actual son los hombres los que manifiestan más esta queja sin ser significativo, al igual que la comparación total de la misma.

A la pregunta de si alguien le ayudaría de estar enfermo el 10,3% (IC 95%: 2,3;18,2) dice que no, similar porcentaje al del inicio; sin embargo respecto a la cantidad de tiempo que cree que le cuidarían, sí encontramos diferencias significativas ($p < 0,001$) al disminuir el porcentaje de personas que lo cuidarían indefinidamente con una diferencia de porcentajes de -40% (IC 95%: -54,8;-25,2), aumentando los que lo cuidarían de forma ocasional con una diferencia de porcentajes del 23,6% (IC 95%: 10,8;36,7).

Recursos económicos

Se encuentran jubilados por edad el 62,2% (IC 95%: 51,1;73,3) de los encuestados, un 28% (IC 95%: 17,7;38,4) son amas de casa que no están oficialmente o administrativamente jubiladas y un 8,5% (IC 95%: 1,9;15,2) están jubilados por enfermedad. No encontramos ninguno empleado, a diferencia del año 2001 donde un 3,6% (IC 95%: 0,8;10,3) se encontraban empleados. Los otros porcentajes fueron similares.

Declararon que su pensión era al mes 600 € o menos el 52,8% (IC 95%: 40,5;65,3). Similar resultado al inicial que fue del 54% (IC 95%: 43;65,1).

Los ancianos que refieren tener casa en propiedad son el 88% (IC 95%: 80;96) y el 100% refiere que la casa en la que vive es digna. Cifras similares al anterior período.

Sólo el 1,2% (IC 95%: 0;6,7) de los entrevistados dice recibir ayuda para su alimentación, pero un 13,8% (IC 95%: 5,6;21,9) declara que necesitaría ayuda económica para la compra de alimentos. Números similares a los recogidos en el año 2001 sin significación estadística aunque sí un 2,5% de los que antes declaraban no necesitar ayuda ahora sí refieren precisar esta ayuda.

A la pregunta de cómo consideran su economía respecto a los demás un 22,5% (IC 95%: 12,7;32,3) la considera peor, e igual a los demás un 60% (IC 95%: 48,6;71,4) no existiendo diferencias con respecto al año 2001.

A la pregunta de si sus ingresos cubren sus necesidades se observa una disminución significativa en la respuesta medianamente con una diferencia de porcentajes del -21,3% (IC 95%: -35;-7,5) y un aumento en los que lo consideran escasamente con una diferencia significativa de porcentajes 16,3% (IC 95%: 4,5;28).

IV.- Resultados

Tienen dinero para comprar pequeños extras el 36,3% (IC 95%: 25,1;47,4) y aunque esta cifra es sensiblemente menor con respecto al anterior período no llega a ser significativa.

Cuando se les interroga sobre si consideran que es suficiente el dinero para las necesidades futuras, el 45% (IC 95%: 33,5;56,5) considera que sí y, aunque este porcentaje se redujo con respecto al 2001, no se observó una variación significativa.

	INICIAL (2001) Porcentaje (IC 95%)	FINAL (2009) Porcentaje (IC 95%)	DIF. PORCENTAJES (Final - Inicial)	p
Su ECONOMIA, respecto a los demás, ES:				0,463
Mejor	11,3% (3,7; 18,8)	12,5% (4,6; 20,4)	1,3% (-7,3; 9,1)	
Igual	68,7% (58; 79,5)	60% (48,6; 71,4)	-8,7% (-23,1; 5,6)	
Peor	18,7% (9,6; 27,9)	22,5% (12,7; 32,3)	3,8% (-7,4; 14,9)	
NC	1,3% (0; 6,8)	5% (1,4; 12,3)	3,7% (-2,6; 11)	
Sus INGRESOS CUBREN sus NECESIDADES				0,026
Muy bien	10% (2,8; 17,2)	15% (6,6; 23,5)	5% (-4,5; 12)	
Medianamente	60% (48,6; 71,4)	38,7% (27,4; 50)	-21,3% (-35; -7,5)	
Escasamente	30% (19,3; 40,7)	46,2% (34,7; 57,8)	16,3% (4,5; 28)	
NC	0% (0; 4,5)	0% (0; 4,5)	0 % (-4,6; 4,6)	
DINERO para "EXTRAS"				0,134
Sí	46,3% (34,7; 57,8)	36,3% (25,1; 47,4)	-10% (-21,3; 1,3)	
No	53,7% (42,2; 65,3)	63,7% (52,6; 74,9)	10 % (-1,3; 21,3)	
NC	0% (0; 4,5)	0% (0; 4,5)	0% (-4,6; 4,6)	
SUFICIENTE para NECESIDADES FUTURAS				0,236
Sí	57,5% (46; 69)	45% (33,5; 56,5)	-12,5% (-25,2; 0,2)	
No	35% (23,9; 46,1)	42,5% (31; 54)	7,5% (-5,4; 20,4)	
NC	7,5% (1,1; 13,9)	12,5% (4,6; 20,4)	5% (-4,5; 12)	

Tabla IX. Área de recursos económicos inicial y final. Los datos se presentan en porcentajes

Salud mental

El apartado de salud mental engloba cinco preguntas y un cuestionario llamado Short Psychiatric Evaluation Sheduke (SPES).

El 23,7% (IC 95%: 13,5;33,9) obtuvieron una puntuación superior a cinco en el SPES, indicativa de necesidad de realizar despistaje de patología psiquiátrica, inferior a la del año 2001, 29,9% (IC 95%: 19,7;40,1) pero sin significación estadística. No encontramos diferencias al final del estudio ni respecto al sexo ni la edad, así como tampoco las encontramos comparando ambos periodos en relación con estas variables socio-demográficas (Anexo A12).

De las quince afirmaciones que consta este test, destacamos de forma aislada alguna de las contestaciones por su posible repercusión en el perfil psicológico de los entrevistados, concretamente la 5, 6, 9, 11 y 13 (Tabla X). Excepto en la pregunta 13 donde se observa un empeoramiento al final del estudio con una diferencia de porcentajes 13,1% (IC 95%: 0,3;26) la comparación con las respuestas del año 2001 no es significativo.

	INICIAL (2001)	FINAL (2009)	DIF. PORCENTAJES (Final - Inicial)	p
5. Hubo momentos en los que pensé que no podía más(verdadero)	23,7% (13,5; 33,9)	17,1% (8,0; 26,2)	-6,6% (-16,0; 5,2)	0,332
6. Mi sueño es irregular e intranquilo.(verdadero)	48,7% (36,8; 60,6)	48,7% (36,8; 60,6)	0% (-15,0; 15,0)	1
9. A veces siento que no sirvo para nada.(verdadero)	30,3% (19,3; 41,2)	23,7% (13,5; 33,9)	-6,6% (-18,9; 5,7)	0,405
11. Me siento débil con frecuencia.(verdadero)	34,2% (22,9; 45,5)	27,6% (16,9; 38,3)	-6,6% (-18,3; 5,1)	0,383
13. No tiene dificultad para mantener el equilibrio.(falso)	32,9% (21,7; 44,1)	46% (34,2; 57,9)	13,1% (0,3; 26)	0,07

Tabla X. Afirmaciones más destacables del Short Psychiatric Evaluation Sheduke (SPES) al inicio y final del estudio.

El 55,3% (IC 95%: 43,4;67,1) de las personas se preocupan muy a menudo por las cosas de la vida, siendo las mujeres, al igual que ocurre en el período anterior, las que se preocupan más 59,2% (IC 95%: 44,4;74) frente a los hombres 48,1%

IV.- Resultados

(IC 95%: 27,5;68,9). No encontramos significación estadística ni respecto al porcentaje total ni comparativamente con el sexo (Tabla XI).

	INICIAL (2001) Porcentaje (IC 95%)	FINAL (2009) Porcentaje (IC 95%)	DIF. PORCENTAJES (Final - Inicial)	p
CON QUE FRECUENCIA SE PREOCUPA POR LAS COSAS				0,664
Muy a menudo	61,8% (50,3; 73,4)	55,3% (43,4; 67,1)	-6,5% (-22,2; 9)	
Algunas veces	26,3% (15,8; 36,9)	30,3% (19,3; 41,2)	4% (-10,4; 18,3)	
Casi nunca	11,8% (3,9; 19,8)	14,5% (5,9; 23)	2,7% (-9,1; 13,5)	
¿CÓMO ES SU VIDA?				0,09
Interesante	48,7% (36,8; 60,6)	53,9% (42,1; 65,8)	5,2% (-8,8; 19,3)	
Rutinaria	28,9% (18,1; 39,8)	30,3% (19,3; 41,2)	1,3% (-13; 15,7)	
Aburrida	22,4% (12,3; 32,4)	13,2% (4,9; 21,4)	-9,2% (-16,7; 2)	
NC	0% (0; 4,7)	2,6% (0,3; 9,2)	2,6% (0,3; 9,2)	
SATISFACCIÓN CON LA VIDA				0,439
Buena	52,6% (40,7; 64,5)	57,9% (46,1; 69,7)	5,3% (-7,8; 18,4)	
Regular	38,1% (26,6; 49,7)	36,8% (25,3; 48,3)	-1,3% (-15,2; 12,6)	
Mala	9,2% (2,1; 16,4)	5,3% (1,4; 12,9)	-3,9% (-10,1; 4,7)	
VALORACIÓN SALUD MENTAL				0,003
Excelente	16,9% (7,9; 25,9)	1,3% (0; 7)	-15,6% (-25,4; -7,2)	
Buena	42,9% (31,2; 54,6)	50,7% (38,8; 62,5)	7,8% (-8,2; 23,8)	
Regular	23,4% (13,3; 33,5)	41,6% (29,9; 53,2)	18,2% (3; 33,3)	
Mala	16,9% (7,9; 25,9)	6,5% (2,1; 14,5)	-10,4% (-16,5; 0,3)	

Tabla XI. Área de salud mental inicial y final. Los datos se presentan en porcentajes

Encuentra la vida interesante el 53,9% (IC 95%: 42,1;65,8) de la cohorte actual siendo los hombres 55,6% (IC 95%: 35;76,1) que la consideran interesante frente al de las mujeres 53,1% (IC 95%: 38,1;68,1) (Anexo A12). Estos porcentajes son similares a los del año 2001, sin significación estadística aunque si es apreciable la disminución en los que la refieren como aburrida con una diferencia de porcentajes

de -9,2% (IC 95%: -16,7;2) en beneficio de los de interesante con una diferencia de porcentajes 5,2% (IC 95%: -8,8;19,3), sin diferencia con respecto al sexo.

En la pregunta que se refiere a la satisfacción con la vida el 57,9% (IC 95%: 46,1;69,6) la consideran buena siendo los porcentajes similares de los hombres respecto a las mujeres al igual que el total con respecto al anterior período.

Al valorar la salud mental propia, la percepción actual de los ancianos es significativa respecto a la anterior disminuyendo los que la consideraban excelente antes, con una diferencia de porcentajes -15,6% (IC 95%: -25,4;-7,2) y, curiosamente, también los que la consideraban mala con una diferencia -10,4% (IC 95%: -16,5;0,3) y aumentando los que la consideran regular con una diferencia de porcentajes también significativa 18,2% (IC 95%: 3;33,3).

Salud Física

Cuidados médicos

Al centro de salud es donde acude mayoritariamente los encuestados cuando tiene un problema médico (89,5% (IC 95%: 75,2;97,1)), aunque en el año 2001 la proporción era del 81,6% (IC 95%: 67,9;95,2), la diferencia de porcentajes no llega a ser significativa ($p=0,323$). El 12,7% (IC 95%: 4,2;21,1) reclama que precisaría de más cuidados médicos, también muy similar al del 2001 (8,5% (IC 95%: 1,3;15,6)).

Fue significativa la media de visitas al médico en el centro de salud en los últimos 6 meses. En la cohorte actual fue de 3,3 (IC 95%: 2,1;4,6), cantidad menor a la de hace 8 años que fue del 4,2 (IC 95%: 3,4;4,9) ($p=0,004$). Precisaron visita domiciliaria por su médico de familia en el mismo periodo de tiempo el 10% (IC 95%: 2,8;23,7), porcentaje superior al del 2001 (5% (IC 95%: 0,6;16,9)) sin tener significación estadística.

Respecto a los días que estuvieron enfermos encontramos importantes diferencias estadísticamente significativas entre los dos períodos, ya que disminuyeron los que no estuvieron ningún día en el momento actual respecto al anterior, con una diferencia de porcentajes de 12,5% (IC 95%: 1,3;23,7) y aumentando los que estuvieron de 1-6 meses enfermos, con una diferencia de porcentajes de 12,5% (IC 95%: 4,3;21,8). Necesitaron ingreso hospitalario en los últimos 6 meses el 10,1%

(IC 95%: 2,8;17,4) de los encuestados actuales frente al 3,8% (IC 95%: 0,8;10,7) de hace 8 años sin presentar tampoco significación.

Enfermedades y medicación

En el periodo del 2009 la receta de algún medicamento en el último mes se incrementó, pasando de 77,8% (IC 95%: 68,1;87,4) a un 90,1% (IC 95%: 83,0;97,2) con una diferencia significativa de porcentajes final-inicial de 12,3% (IC 95%: 16,7;2,5); así como encontramos significativo, el porcentaje de ancianos que toman más de 2 medicamentos, pasando del 35,8% (IC 95%: 24,7;46,9) en el 2001 al 61,7% (IC 95%: 50,5;72,9) en el 2009, con una diferencia de porcentajes final-inicial 25,9% (IC 95%: 13,7;38,2). La media de medicamentos por persona, en el año 2001 era de 2,3% (IC 95%: 1,8;2,7) aumentando en el 2009 a 3,4% (IC 95%: 2,9;3,9) (Ilustración 15). El máximo por medicamentos no aumentó durante este tiempo situándose en 10 medicamentos aunque la mediana sí, pasando de 2 (RIC:2) a 3 (RIC:3) medicamentos por individuo.

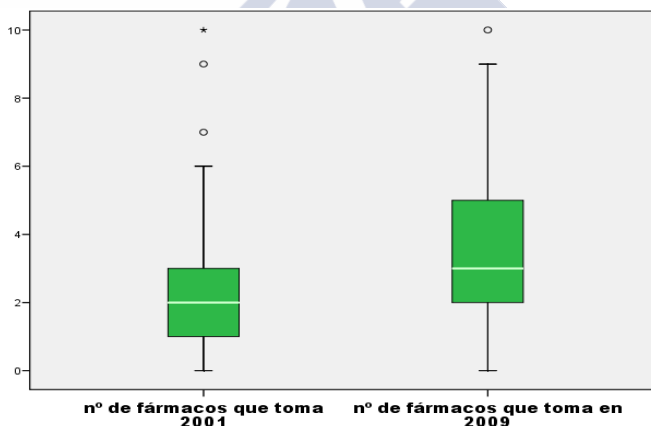


Ilustración 15. N° de medicamentos que toman los ancianos en los años 2001-2009

Los medicamentos para la HTA, son los más utilizados, al igual que en el año 2001, se observa un aumento al final con una diferencia de porcentajes significativa 22,2% (IC 95%: 8,5;35,9). También se producen incrementos significativos en los fármacos para la artrosis/artritis con una diferencia de porcentajes 18,5% (IC 95%: 6,1;30,9), segundos en utilización; para el dolor, con diferencia significativa 13,5%

(IC 95%: 2,4;24,8), los anticoagulantes orales con una variación de porcentajes 16,1% (IC 95%: 4,9;21,9) , en los utilizados para el estómago se produce la mayor variación 17,3% (IC 95%: 6,6;28) y por último, el incremento de los medicamentos para dormir con una diferencia de porcentajes 14,8% (IC 95%: 3,8;20,6)

Destacar que también se produce un incremento no significativo de aquellos medicamentos de bajo poder terapéutico como aquellos denominados comúnmente para “mejorar la circulación”. En la tabla XII se pueden ver los diferentes medicamentos según la cohorte con su significación estadística.

	INICIAL (2001)	FINAL (2009)	DIF. PORCENTAJES (Final - Inicial)	p
ARTROSIS	18,5% (9,4; 27,6)	37% (25,9; 48,2)	18,5% (6,1; 30,9)	0,008
DOLOR	14,8% (6,5; 23,2)	28,4% (17,9; 38,8)	13,5% (2,4; 24,8)	0,035
HTA	33,3% (22,4; 44,2)	55,6% (44,1; 67)	22,2% (8,5; 35,9)	0,004
BRONQUITIS - ASMA	9,9% (2,8; 17)	6,2% (2; 13,8)	-3,7% (-13,1; 5,5)	0,581
IC - ARRITMIAS	13,6% (5,5; 21,7)	16% (7,4; 24,7)	2,5% (-7,9; 11,9)	0,804
CARDIOPATÍA	7,4% (1,1; 13,7)	7,4% (1,1; 13,7)	0% (-9,1; 9,1)	1
ANTICOAGULANTES ORALES	12,4% (4,6; 20,1)	28,4% (17,9; 38,8)	16,1% (4,9; 21,9)	0,004
CIRCULACIÓN	25,9% (15,8; 36,1)	35,8% (24,7; 46,9)	9,9% (-3,2; 22,9)	0,201
DIABETES (inyectables)	4,9% (1,4; 12,1)	4,9% (1,4; 12,1)	0% (-7,8; 7,8)	1
DIABETES (orales)	4,9% (1,4; 12,1)	11,1% (3,6; 18,6)	6,2% (-3; 11,9)	0,227
ESTÓMAGO	8,6% (1,9; 15,4)	25,9% (15,7; 36,1)	17,3% (6,6; 28)	0,004
ESTREÑIMIENTO	7,5% (1,1; 13,9)	3,7% (0,8; 10,6)	-3,7% (-12,2; 4,3)	0,508
PARKINSON	0% (0; 4,4)	0% (0; 4,4)	0% (-4,6; 4,6)	0,17
PRÓSTATA/ MENOPAUSIA	9,9% (2,8; 17)	17,3% (8,4; 26,1)	7,4% (-2,8; 14,4)	0,18
ANTIBIÓTICOS	4,9% (1,4; 12,2)	2,5% (0,3; 8,6)	-2,5% (-4,9; 3)	0,625
NERVIOS	21% (11,5; 30,5)	23,5% (13,6; 33,3)	2,7% (-8,6; 12,7)	0,815
DORMIR	13,6% (5,5; 21,7)	28,4% (17,9; 38,8)	14,8% (3,8; 20,6)	0,008
OFTALMOLÓGICOS	13,7% (5,6; 21,9)	8,7% (1,9; 15,6)	-5,0% (-13; 5,2)	0,424

Tabla XII: Relación de medicamentos que toman los encuestados al inicio y final del estudio. Los porcentajes suman más de un 100%, esto es debido a que cada individuo puede tomar varios medicamentos.

Se le preguntaba a la persona encuestada sobre veintiocho grupos diferentes de enfermedades. En primer lugar sobre si la padecían y en el caso de una respuesta afirmativa se le interrogaba sobre el grado de interferencia que tenía en su vida diaria. Un 6,9% (IC 95%: 1;12,8) no declaraba tener ninguna enfermedad en el 2001 y se produce un descenso en este porcentaje, que no fue significativo, hasta el 1,3% (IC 95%: 0;6,8) que lo declaraban en el 2009. De los que refirieron tener alguna enfermedad, presentaban una media por individuo en el 2001 de 3,9 enfermedades (IC 95%: 3,2;4,6) que aumentó en el 2009 a 4,36 (IC 95%: 3,7;5) (Ilustración 16).

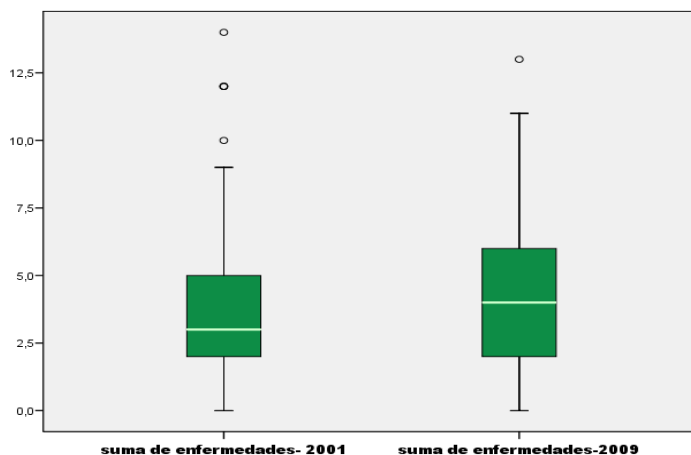


Ilustración 16. Media de enfermedades al inicio y final del estudio.

Las enfermedades que generan un mayor grado de incapacidad en la cohorte actual fueron los reumatismos al igual que en el 2001 y los problemas de los ojos a diferencia del 2001 donde se produce un aumento significativo en el menor grado de incapacidad con una diferencia de porcentajes 12,7% (IC 95%: 1,9;23,4). A su vez se produce un descenso significativo en el mayor grado de incapacidad referido al dolor de cabeza con una diferencia en las porcentajes inicial y final -8,9% (IC 95%: -17,8;-1.3) y en las enfermedades de la boca con otro descenso significativo respecto a la no interferencia con la vida con una diferencia de porcentajes 13,9% (IC 95%: 3;24,9).

Respecto al resto de patologías no se observó una variación significativa a lo largo del estudio.

Se pueden observar las patologías referidas por los entrevistados, y el nivel de interferencia que le generan en su vida según los diferentes periodos, presentadas en porcentajes y con su significación en el anexo A9, apartado de tablas.

Incapacidades

En la pregunta general de si presentaba alguna incapacidad física, el 90,0% (IC 95%: 82,8;97,2) respondió que no, porcentaje un poco más bajo al del 2001 que se situó en el 93,8% (IC 95%: 86;97,9) sin diferencias significativas.

La vista y oído, áreas sensibles, en las que declaran como mal o regular el 40% (IC 95%: 28,6;51,4) de los entrevistados, porcentaje inferior al del anterior período 42,5% (IC 95%: 31;53,9) referente al sentido de la vista. Respecto a la audición el 48,8% (IC 95%: 37,2;60,3) afirman estar mal o regular en relación a la proporción del año 2001 36,2% (IC 95%: 25,1;47,4), con una diferencia en los porcentajes final-inicial 12,6% (IC 95%: 0,8;24,2).

El tipo de dispositivo de ayuda más utilizado es el bastón con un 30,5% (IC 95%: 19,9;41,1) aumentando el porcentaje respecto al del 2001 (11,5% (IC 95%: 3,6;18,3)), con una diferencia de porcentajes significativa 19% (IC 95%: 9,1;29,9) al igual que ocurre con el incremento significativo de los ancianos con prótesis de cadera o rodilla durante los 8 años del período con una diferencia de porcentajes significativa 13,8% (IC 95%: 5,5;17). El 44,4% (IC 95%: 33;55,9) utilizaban dentadura postiza, porcentaje sensiblemente mayor al del periodo anterior (41,4% (IC 95%: 28,2;50,8)). (Ilustración 17).

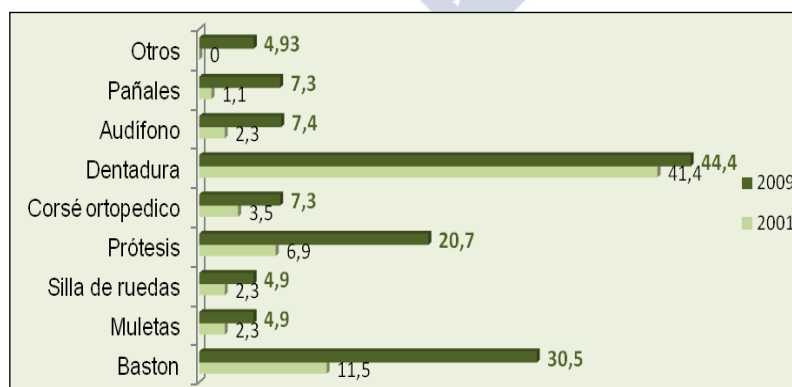


Ilustración 17. Utilización de dispositivos de ayuda en el año 2001 y 2009. Presentación en porcentajes

Autopercepción de salud física por los sujetos

La valoración global de la salud es regular o mala en un 51,3% (IC 95%: 39,4;63,2) de los encuestados en el año 2009 frente al 44,7% (IC 95%: 32,9;56,6) de los entrevistados hacia 8 años, siendo las mujeres las que refieren una peor valoración (Anexo A12).

Perciben como peor su salud desde hace 5 años el 67,5% (IC 95%: 56,4;78,6) cifra ligeramente superior al del periodo anterior que era del 59,7% (IC 95%: 48,1;71,3) sin llegar a ser significativa volviendo a ser las mujeres mayoritariamente en los dos periodos las que tienen una visión más negativa de la salud actual comparada con la de hace 5 años.

Por último la valoración del grado de impedimento que generan sus problemas de salud empeora al final con una diferencia de porcentajes significativa 15,8% (IC 95%: 4,2;27,3) siendo las mujeres nuevamente las que presentan mayores quejas. (Tabla XIII).

	INICIAL (2001) Porcentaje (IC 95%)	FINAL (2009) Porcentaje (IC 95%)	DIF. PORCENTAJES (Final - Inicial)	p
VALORACIÓN GLOBAL DE LA SALUD				0,128
Excelente	14,5% (5,9; 23)	2,6% (0,3; 9,2)	-11,9% (-21,1; -4,3)	
Buena	40,8% (29,1; 52,5)	46,1% (34,2; 57,9)	5,3% (-9,3; 19,8)	
Regular	35,5% (24,1; 46,9)	43,4% (31,6; 55,2)	7,9% (-6,1; 21,9)	
Mala	9,2% (2,1; 16,4)	7,9% (1,2; 14,6)	-1,3% (-8,6; 6,8)	
SU SALUD DESDE HACE 5 AÑOS ES:				0,532
Mejor	7,8% (1,2; 14,4)	3,9% (0,8; 10,9)	-3,9% (-12,6; 4,4)	
Igual	32,5% (21,4; 43,6)	28,6% (17,8; 39,3)	-3,9% (-17,6; 9,8)	
Peor	59,7% (48,1; 71,3)	67,5% (56,4; 78,6)	7,8% (-6,1; 21,6)	
CUÁNTO LE IMPIDEN SUS PROBLEMAS DE SALUD				<0,001
Mucho	10,5% (2,9; 18,1)	26,3% (15,8; 36,9)	15,8% (4,2; 27,3)	
Poco	32,9% (21,7; 44,1)	48,7% (36,8; 60,1)	15,8% (7,3; 30,8)	
Nada	56,6% (44,8; 68,4)	25% (14,6; 35,4)	-31,6% (-43,8; -19,4)	

Tabla XIII. Valoración global de la salud inicial y final. Expresado en porcentajes

Actividades de la vida diaria. AVD

Actividades de la vida diaria instrumentales. AVDI

Las actividades de la vida diaria de tipo instrumental engloba todas aquellas que en su ejecución interviene alguna tarea o acción de tipo instrumental por parte de la persona.

En general son las que primero se afectan con el paso de los años y así lo observamos en nuestra cohorte, al cabo de los 8 años de seguimiento, donde solo la utilización del teléfono sin ayuda desciende sin ser significativa.

Todas las actividades que se realizaban sin ayuda, muestran un descenso significativo en el año 2009. Así encontramos que al realizar las cosas de casa se produce una disminución con una diferencia de porcentajes -51,7% (IC 95%: -62,9;-40,7), seguido de comprar con una diferencia en los porcentajes inicial y final -41,2% (IC 95%: -51,7;-30,1), llegar a los lugares a pie con diferencia de porcentajes -40% (IC 95%: -50,1;-29), preparar la comida -38,8% (IC 95%: -49,7;-27,9), administrar su dinero -20% (IC 95%: -29,8;-11,3), y tomar los medicamentos sin ayuda con una diferencia en los porcentajes -18,8% (IC 95%: -28,9;-9,1).

Observamos también un aumento significativo en la imposibilidad de realizar las AVDI, es decir, se muestran incapaces de realizar las citadas actividades al final del periodo estudiado, lo que significa un mayor grado de dependencia para el desempeño de las AVDI, y los mayores aumentos se producen en ir a comprar seguido de hacer las cosas de la casa.

Estos porcentajes son mayores en las mujeres para todas las actividades (Anexo A12), lo que implica que necesitan ayuda de otra persona para poder hacerlas. Observamos un resumen de los datos en la tabla XIV.

	INICIAL (2001) Porcentaje (IC 95%)	FINAL (2009) Porcentaje (IC 95%)	DIF. PORCENTAJES (Final - Inicial)	p
USAR EL TELÉFONO				0,106
Sin ayuda	95,3% (88,4; 98,7)	82,4% (73,7; 91)	-12,9% (-17,1; -3,4)	
Con alguna ayuda	3,5% (0,7; 10)	4,7% (1,3; 11,6)	1,2% (-5,9; 8,4)	
Imposible	0% (0; 4,2)	11,8% (4,3; 19,2)	11,8% (4,3; 19,2)	
NC	1,2% (0; 6,4)	1,2% (0; 6,4)	0 % (-5,3; 5,3)	
LLEGAR A PIE				<0,001
Sin ayuda	96,5% (90; 99,3)	56,5% (45,3; 67,6)	-40% (-50,1; -29)	
Con alguna ayuda	3,5% (0,7; 10)	34,1% (23,4; 44,8)	30,6% (20,5; 40,9)	
Imposible	0% (0; 4,2)	9,4% (2,6; 16,2)	9,4% (2,6; 16,2)	
COMPRAR				<0,001
Sin ayuda	96,5% (90,0; 99,3)	55,3% (44,1; 66,4)	-41,2% (-51,7; -30,1)	
Con alguna ayuda	2,4% (0,3; 8,2)	25,9% (15,9; 35,8)	23,5% (13,9; 33,1)	
Imposible	1,2% (0; 6,4)	18,8% (9,9; 27,7)	17,6% (9,4; 27,2)	
COCINAR				<0,001
Sin ayuda	95,3% (88,4; 98,7)	56,5% (45,3; 67,6)	-38,8% (-49,7; -27,9)	
Con alguna ayuda	3,5% (0,7; 9,9)	30,6% (20,2; 40,9)	27,1% (17,1; 37,1)	
Imposible	1,2% (0; 6,49)	12,9% (5,2; 20,7)	11,7% (4,6; 20,5)	
ATENDER LA CASA				<0,001
Sin ayuda	88,2% (80,8; 95,7)	36,5% (25,6; 47,3)	-51,7% (-62,9; -40,7)	
Con alguna ayuda	9,4% (2,6; 16,2)	45,9% (34,7; 57,1)	36,5% (24,8; 48,2)	
Imposible	2,3% (0,3; 8,2)	17,6% (9; 26,3)	15,3% (6,4; 17,6)	
TOMAR MEDICAMENTOS				<0,001
Sin ayuda	97,6% (91,8; 99,7)	78,8% (69,5; 88,1)	-18,8% (-28,9; -9,1)	
Con alguna ayuda	2,4% (0,3; 8,2)	10,6% (3,5; 17,7)	8,2% (0,4; 16,8)	
Imposible	0% (0; 4,2)	10,6% (3,5; 17,7)	10,6% (3,5; 17,7)	
ADMINISTRAR DINERO				<0,001
Sin ayuda	98,8% (93,6; 99,9)	78,8% (69,5; 88,1)	-20% (-29,8; -11,3)	
Con alguna ayuda	1,2% (0; 6,4)	8,2% (1,8; 14,7)	7% (0,3; 14,9)	
Imposible	0% (0; 4,2)	12,9% (5,2; 20,7)	12,9% (5,2; 20,7)	

Tabla XIV: Actividades instrumentales de la vida diaria al inicio y final del estudio

Actividades de la vida diaria básicas. AVDB

Las actividades de la vida diaria básica, tardan más en perder su funcionalidad; sólo cuando el deterioro comienza a ser importante se evidencia el mismo.

Así, si en el año 2001 nuestra cohorte, en todas las áreas presentan más de un 90% de personas que podrían desarrollar estas actividades sin ayuda, en el año 2009 se produce un descenso importante y significativo en todas ellas produciéndose el descenso más acusado en el área de caminar sin ayuda con una diferencia de porcentajes -30,6% (IC 95%: -40,9;-20,3), seguido de bañarse o ducharse -25,9% (IC 95%: -36,8;-15), de vestirse -17,7% (IC 95%: -19,9;-8,5), acostarse y levantarse -14,1% (IC 95%: -23,2;-6,5), cuidar de su apariencia en un -11,8% (IC 95%: -20,5;-4,6), y comer sin ayuda con una diferencia en los porcentajes inicial y final -9,4% (IC 95%: -15,4;-3,4).

Estos porcentajes siguen siendo mayores en las mujeres (Anexo A12), no ocurriendo lo mismo en el aumento de la imposibilidad de la realización de estas actividades que se produce con el paso de los años, donde en todas las actividades el incremento es mayor en los hombres menos en bañarse en que el porcentaje es superior en las mujeres, aunque como ocurre con las AVDI, se produce un aumento significativo en la imposibilidad de realización de todas las AVDB en todas ellas en el año 2009, siendo el área de bañarse donde presentan mayor deterioro, teniendo las otras áreas porcentajes similares de incapacidad para llevarlas a cabo. Observamos un resumen de los datos en la tabla XV (los datos del análisis bivariante se pueden observar en el anexo A9)

Se produce un descenso no significativo en los encuestados que refirieron no tener a nadie que les pudiera ayudar en sus actividades de la vida diaria tanto instrumentales como básicas.

IV.- Resultados

	INICIAL (2001) Porcentaje (IC 95%)	FINAL (2009) Porcentaje (IC 95%)	DIF. PORCENTAJES (Final - Inicial)	p
COMER				0,007
Sin ayuda	100% (95,7; 100)	90,6% (83,8; 97,4)	-9,4% (-15,4; -3,4)	
Con alguna ayuda	0% (0; 4,2)	3,5% (0,7; 9,9)	3,5% (0,7; 9,9)	
Imposible	0% (0; 4,2)	5,9% (1,9; 13,2)	5,9% (1,9; 13,2)	
VESTIRSE				<0,001
Sin ayuda	96,5% (90; 99,3)	78,8% (69,5; 88,1)	-17,7% (-19,9; -8,5)	
Con alguna ayuda	3,5% (0,7; 9,9)	15,3% (7,1; 23,5)	11,8% (2,4; 15,9)	
Imposible	0% (0; 4,2)	5,9% (1,9; 13,2)	5,9% (1,9; 13,2)	
PEINARSE, AFEITARSE				0,002
Sin ayuda	98,8% (93,6; 99,9)	87% (79,3; 94,8)	-11,8% (-20,5; -4,6)	
Con alguna ayuda	1,2% (0; 6,4)	5,9% (1,9; 13,2)	4,7% (-1,5; 11,9)	
Imposible	0% (0; 4,2)	7,1% (1; 13,1)	7,1% (1; 13,1)	
ANDAR				<0,001
Sin ayuda	96,5% (9; 99,3)	65,9% (55,2; 76,5)	-30,6% (-40,9; -20,3)	
Con alguna ayuda	3,5% (0,7; 10)	29,4% (19,1; 39,7)	25,9% (16; 35,7)	
Imposible	0% (0; 4,2)	4,7% (1,3; 11,6)	4,7% (1,3; 11,6)	
SENTARSE / LEVANTARSE				0,001
Sin ayuda	98,8% (93,6; 99,9)	84,7% (76,5; 92,9)	-14,1% (-23,2; -6,5)	
Con alguna ayuda	1,2% (0; 6,4)	9,4% (2,6; 16,2)	8,2% (1,9; 16,2)	
Imposible	0% (0; 4,2)	5,9% (1,9; 13,2)	5,9% (1,9; 13,2)	
BAÑARSE				<0,001
Sin ayuda	94,1% (86,8; 98,1)	68,2% (57,7; 78,7)	-25,9% (-36,8; -15)	
Con alguna ayuda	3,5% (0,7; 9,9)	18,8% (9,9; 27,7)	15,3% (5,4; 19,4)	
Imposible	2,3% (0,3; 8,2)	12,9% (5,2; 20,7)	10,6% (2,3; 12,9)	

Tabla XV. Actividades de la vida diaria básicas al inicio y final del estudio.

Índice de Katz. Aproximación teórica.

La valoración que de las actividades de la vida diaria se hace en el OARS, se puede trasladar a la escala clásica presentada por Katz.

Así, si en el año 2001 el 91,9% (IC 95%: 85,3;98,2) de los encuestados presentaban una independencia total en todas las áreas, en nuestro periodo de 8 años se redujo al 55,3% (IC 95%: 44,1;66,4) con una diferencia de porcentajes significativa -36,5% (IC 95%: -48,6;-24,3), y observamos también el incremento significativo que se produce en los encuestados que pasan a presentar una dependencia moderada a grave (categorías de la D a la O) con una diferencia de porcentajes 18,8% (IC 95%: 9,8;28,6) (Ilustración 18)

Índice de Katz modificado

- A:** Puede realizar todas las AVD básicas sin ayuda.
- B:** Necesita ayuda en una de ellas.
- C:** Necesita ayuda en el baño y en otra cualquiera.
- D:** Necesita ayuda en el baño, en el vestido y en otra cualquiera.
- E:** Necesita ayuda en el baño, en el vestido y en otra cualquiera, pero conserva la capacidad de movimiento.
- F:** Necesita ayuda en el baño, en el vestido, para moverse y en otra cualquiera
- G:** Necesita ayuda en todas
- Otras:** Dependiente en dos funciones pero no clasificable en lo previo.

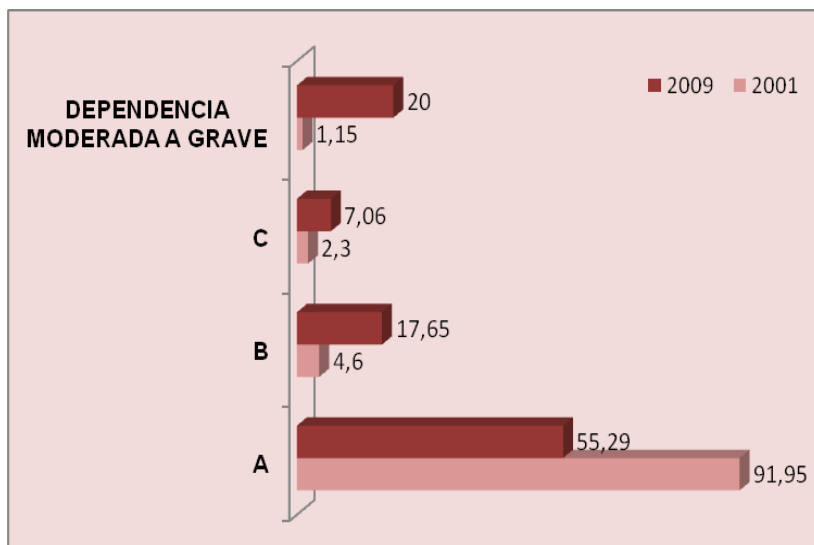


Ilustración 18. Representación gráfica del índice de Katz en el año 2001 y 2009. Presentación en porcentajes

Incontinencia urinaria

A la pregunta sobre si padece incontinencia urinaria, responden afirmativamente el 18,1% (IC 95%: 9,2;26,9) de la cohorte del 2009, porcentaje discretamente superior a la del 2001 (13,2% (IC 95%: 5,3;21,1)) sin expresión significativa ($p=0,42$). Observamos que al inicio del estudio ningún hombre refería incontinencia, pasando al final del estudio a 3. Las mujeres tuvieron porcentajes casi iguales al inicio y final del estudio (Anexo A12). El número de episodios de incontinencia se sitúa en el 50% (IC 95%: 11,8;88,2) que lo presentan, tanto una o dos veces por semana como tres o más veces por semana, en las personas entrevistadas en el 2009 a diferencia del 2001 donde el porcentaje se situaba en el 33,3% (IC 95%: 4,3;77,7) y 66,7% (IC 95%: 22,3;95,7) respectivamente, con una diferencia de porcentajes de 16,7% (IC 95%: -40,6;-49,2) y -16,7% (IC 95%: -49,2;40,6), respectivamente; pero estas diferencias tampoco resultaron significativas ($p=1$).

Utilización de Servicios. [Services Assessment Questionnaire, SAQ].

Se han clasificado en cuatro grupos: área de mantenimiento básico diario, área de servicios sanitarios, área de servicios sociales y entretenimiento y por último área de sostenimiento.

Área de mantenimiento básico o diario

Esta área engloba todas aquellas funciones que facilitan el desempeño de la vida diaria, abarcando los cuidados personales diarios, los servicios de reeducación, de control o comprobación, supervisión continua, tareas domésticas y preparación de comidas.

En general, la mayoría de los servicios los reciben más personas que las que lo consideran necesario. Así, encontramos un importante aumento significativo tanto a la pregunta de si tuvo alguien que lo ayudara en su cuidado personal diario en los últimos 6 meses con una diferencia de porcentajes 23% (IC 95%: 13,1;32,9), como a la de si cree que necesita ayuda para su cuidado con una diferencia de porcentajes final-inicial 15,5% (IC 95%: 5,5;19,6).

En la pregunta de si alguien se preocupa al menos cinco días a la semana sobre su estado (control, comprobación), también encontramos que el 50,6% (IC 95%: 39,4;61,8) lo recibe en el año 2009, muy similar a lo encontrado en el año 2001 con el 48,2% (IC 95%: 37;59,4). Sin embargo hallamos leve descenso en las personas que creen necesitarlo en el 2009 con respecto a la anterior cohorte, sin significación estadística.

El área de reeducación de habilidades, entrenamiento paliativo o preparación para las actividades de la vida diaria (vestirse, leer, cocinar, caminar...), es un área que se encuentra a medio camino entre el área de mantenimiento diario y el área de ocio. En todas ellas presentan porcentajes bajos de actividad, tanto en un año como el otro, el 5,8% (IC 95%: 1,9;13) y 2,3% (IC 95%: 0,3;7,1) respectivamente. Al igual que en su demanda de necesidad con el 12,1% (IC 95%: 4,4;19,6) respecto al 8,4% (IC 95%: 1,8;15).

A la pregunta de si en los últimos 6 meses hubo algún tiempo en el que alguien tuvo que estar 24 horas con la persona encuestada se observó un incremento

IV.- Resultados

significativo con una diferencia de porcentajes 14,3% (IC 95%: 4,3;24,3) al igual que con la con la necesidad de esa supervisión continua con una diferencia en los porcentajes inicial y final significativa 14,3% (IC 95%: 5,9;23,6).

Tanto en el área de ayuda y necesidad en las tareas domésticas como en la de preparación de comidas, nos encontramos con muy importantes incrementos significativos. Así en las tareas domésticas se producen incrementos con una diferencia de porcentajes significativa 29,9% (IC 95%: 17,9;41,8) y 47% (IC 95%: 35,7;58,2) respectivamente y en la preparación de comidas variaciones significativas a lo largo del estudio con diferencia de porcentajes 31% (IC 95%: 20,3;41,8) y 42,2% (IC 95%: 30,8;52,7) para ayuda y necesidad de la misma respectivamente (Tabla XVI).

	INICIAL (2001) Porcentaje (IC 95%)	FINAL (2009) Porcentaje (IC 95%)	DIF. PORCENTAJES (Final - Inicial)	p
CUIDADOS DIARIOS (personal)				
Lo recibe	4,6% (1,3; 11,4)	27,6% (17,6; 37,5)	23% (13,1; 32,9)	<0,001
Cree necesitarlo	7,1% (1; 13,2)	22,6% (13,1; 32,2)	15,5% (5,5; 19,6)	0,002
DE CONTROL. COMPROBACIÓN				
Lo recibe	48,2% (37; 59,4)	50,6% (39,4; 61,8)	2,4% (-12,2; 16,9)	0,875
Cree necesitarlo	51,3% (39,7; 62,8)	48,8% (37,2; 60,3)	-2,5% (-16,8; 11,8)	0,864
REEDUCACIÓN de HABILIDADES				
Lo recibe	2,3% (0,3; 8,1)	5,8% (1,9; 13)	3,5% (-3,3; 10,8)	0,453
Cree necesitarlo	8,4% (1,9; 15)	12% (4,4; 19,7)	3,6% (-6,5; 13,8)	0,629
SUPERVISIÓN CONTINUA				
Lo recibe	5,9% (1,9; 13,3)	20,2% (11,1; 29,4)	14,3% (4,3; 24,3)	0,01
Cree necesitarlo	1,2% (0; 6,4)	15,5% (7,1; 23,8)	14,3% (6; 23,6)	0,002
TAREAS DOMÉSTICAS				
Lo recibe	17,2% (8,7; 25,8)	47,1% (36; 58,2)	29,9% (17,9; 41,9)	<0,001
Cree necesitarlo	24,1% (14,3; 33,9)	71,1% (60,7; 84,4)	47% (35,7; 58,2)	<0,001
PREPARACIÓN COMIDA				
Lo recibe	5,8% (1,9; 12,9)	36,8% (26,1; 47,5)	31% (20,3; 41,8)	<0,001
Cree necesitarlo	4,8% (1,3; 11,9)	47% (35,6; 58,3)	42,2% (30,8; 52,7)	<0,001

Tabla XVI. Área de servicios de mantenimiento básico o diario. Distribución de porcentajes y su variación al inicio y final del estudio

Servicios sanitarios (terapéutica o rehabilitadora)

Los servicios sanitarios engloban diferentes aspectos como la salud física, la salud mental, cuidados de enfermería, cuidados de fisioterapia o la utilización de prótesis o dispositivos de ayuda.

Se produce una disminución al final en la declaración de si recibe ayuda o tratamiento por problemas nerviosos, emocionales o personales sin ser significativo, al igual que se produce un descenso con una diferencia en los porcentajes inicial y final significativo -10,9% (IC 95%: -17,7;0) en la necesidad de esta ayuda.

Refieren consumir psicofármacos un 26,4% (IC 95%: 16,6;36,3) y precisarlos un 37,3% (IC 95%: 26,3;48,3), porcentajes sensiblemente superiores a los referidos en el año 2001 24,1% (IC 95%: 14,6;33,7) y 26,5% (IC 95%: 16,4;36,6), respectivamente, pero que no son significativos.

En el área de cuidados de enfermería se produce un incremento significativo de la cohorte en el año 2009 con respecto al periodo anterior con una diferencia de porcentajes 18,4% (IC 95%: 5;37,7) así como de la necesidad de recibir dichos cuidados, con un aumento al final con una diferencia de porcentajes 20,5% (IC 95%: 6,4;34,5).

La fisioterapia es el área que siguen recibiendo menos las personas mayores en un 9,3% (IC 95%: 2,6;16), a pesar de producirse un aumento al igual que en la necesidad de recibir dichos cuidados.

El 12,7% (IC 95%: 4,2;21,1) de los encuestados cree necesitar cuidados médicos, porcentaje discretamente superior al del 2001 que se situó en un 8,4% (IC 95%: 1,3;15,6).

Tampoco se observó una variación significativa en la necesidad de dispositivos de apoyo (Tabla XVII).

	INICIAL (2001) Porcentaje (IC 95%)	FINAL (2009) Porcentaje (IC 95%)	DIF. PORCENTAJES (Final - Inicial)	p
SALUD MENTAL				
Lo recibe	10,3% (3,4; 17,3)	6,9% (1; 12,8)	-3,4% (-9,9; 4,8)	0,549
Cree necesario	18,1% (9,2; 26,9)	7,2% (1,1; 13,4)	-10,9% (-17,7; 0)	0,049
PSICOFÁRMACOS				
Lo recibe	24,1% (14,6; 33,7)	26,4% (16,6; 36,2)	2,3% (-8,3; 12,8)	0,832
Cree necesario	26,5% (16,4; 36,6)	37,3% (26,3; 48,3)	10,8% (-0,7; 22,4)	0,108
CUIDADOS ENFERMERÍA				
Lo recibe	18,4% (9,7; 27,1)	36,8% (26,1; 47,5)	18,4% (5,0; 31,7)	0,014
Cree necesario	21,7% (12,2; 31,1)	42,2% (30,9; 53,4)	20,5% (6,4; 34,5)	0,009
FISIOTERAPIA				
Lo recibe	3,5% (0,7; 9,8)	9,3% (2,6; 16)	5,8% (-1,3; 8,1)	0,125
Cree necesario	12,8% (5,1; 20,4)	19,8% (10,8; 28,8)	7% (-3,1; 17,1)	0,263
CUIDADOS MÉDICOS				
Lo recibe	8,5% (1,3; 15,6)	12,7% (4,2; 21,1)	4,2% (-6,7; 13,2)	0,581
Cree necesario	5,1% (1,4; 12,5)	1,3% (0; 6,8)	-3,8% (-11,1; 2,6)	0,375

Tabla XVII. Área de servicios sanitarios (terapéutica o rehabilitadora). Distribución de porcentajes y su variación al inicio y final del estudio.

Servicios sociales/entretenimiento

Esta área engloba la ocupación y el tiempo libre, los viajes y los deportes.

Tanto los viajes como el deporte y en las actividades de ocio en los que se incluía reuniones que organiza la Xunta de Galicia, grupos parroquiales, centros de la tercera edad se produce una disminución en la demanda de los mismos a lo largo del estudio sin ser estas variaciones significativas (Tabla XVIII).

	INICIAL (2001) Porcentaje IC 95%)	FINAL (2009) Porcentaje (IC 95%)	DIF. PORCENTAJES (Final - Inicial)	p
OCUPACIÓN OCIO				
Lo recibe	14,9% (6,9; 23)	16,1% (7,8; 24,4)	1,2% (-8,19; 9,9)	1
Cree necesario	35,8% (24,7; 46,9)	30,9% (20,2; 41,5)	-4,9% (-16,2; 6,3)	0,523
VIAJES				
Lo recibe	30,4% (16,1; 44,8)	34,8% (19,9; 49,6)	4,4% (-14; 21)	0,804
Cree necesario	35,7% (20; 51,4)	33,3% (17,9; 48,8)	-2,4% (-20,5; 16,7)	1
DEPORTES				
Lo recibe	9,8% (2,7; 23,2)	4,9% (0,6; 16,5)	-4,9% (-9,6; 5,9)	0,625
Cree necesario	22,2% (7,3; 37,2)	16,7% (3,1; 30,2)	-5,5% (-18,4; 11,3)	0,727

Tabla XVIII. Área de servicios sociales/entretenimiento. Distribución de porcentajes y su variación al inicio y final del estudio.

Servicios de sostenimiento

En el área de sostenimiento se incluyen una serie de áreas importantes pero no básicas para el funcionamiento diario, como el transporte, la ayuda legal, la reubicación o búsqueda de vivienda, las mejoras en el hogar, la ayuda económica o la ayuda para comprar comida.

Un 12,1% (IC 95%: 4,4;19,7) demanda la necesidad de transporte, porcentaje similar al del año 2001 que era de un 10,8% (IC 95%: 3,5;18,1).

Se produce en este periodo de 8 años, un descenso significativo en la ayuda legal o asesoramiento administrativo con una diferencia de porcentajes -17,2% (IC 95%: -27,4;-7,1) al igual que en la necesidad de recibirlo sin guardar significación estadística.

Respecto a la ayuda para acondicionar el hogar encontramos un descenso al final del estudio con una diferencia de porcentajes significativo -9,3% (IC 95%: -18;-1,3) y, sin embargo, hallamos un aumento significativo en la necesidad de recibir dicha ayuda con una diferencia en los porcentajes inicial y final 21,5% (IC 95%: 10;32,9).

IV.- Resultados

Lo mismo ocurre en la necesidad de ayuda económica para el sostenimiento donde se produce un aumento a lo largo del periodo con una diferencia de porcentajes significativa 26,3% (IC 95%: 14,4;38,1). Al contrario ocurre en la recepción de ayuda para la comida donde se observa un descenso al final del estudio.

En la pregunta de si ha recibido en los últimos 6 meses alguna ayuda para poder conseguir una nueva casa o mudarse o si tiene necesidad de la misma se observan variaciones no significativas al final del periodo estudiado. (Tabla XIX)

	INICIAL (2001) Porcentaje (IC 95%)	FINAL (2009) Porcentaje (IC 95%)	DIF. PORCENTAJES (Final - Inicial)	P
TRANSPORTE				
Cree necesario	10,8% (3,5; 18,1)	12,1% (4,4; 19,7)	1,2% (-9,4; 11,8)	1
AYUDA LEGAL				
Lo recibe	26,4% (16,6; 36,3)	9,2% (2,5; 15,8)	-17,2% (-27,4; -7,1)	0,003
Cree necesario	21,2% (11,7; 30,8)	12,5% (4,6; 20,4)	-8,7% (-16,9; 2,5)	0,143
REUBICACIÓN				
Lo recibe	1,1% (0; 6,2)	5,7% (1,9; 12,9)	4,6% (-0,8; 11,5)	0,125
Cree necesario	1,2% (0; 6,7)	3,7% (0,8; 10,4)	2,5% (-3,5; 9,2)	0,625
MEJORAS HOGAR				
Lo recibe	11,6% (4,3; 18,9)	2,3% (0,3; 8,1)	-9,3% (-18; -1,3)	0,039
Cree necesario	15,2% (6,6; 23,8)	36,7% (25,4; 47,9)	21,5% (10; 32,9)	0,001
AYUDA ECONÓMICA				
Cree necesario	43,7% (32,2; 55,2)	70% (59,3; 80,7)	26,3% (14,4; 38,1)	<0,001
AYUDA para COMIDA				
Lo recibe	2,4% (0,3; 8,6)	1,2% (0; 6,7)	-1,2% (-7,4; 4,5)	0,617
Cree necesario	11,2% (3,7; 18,8)	13,7% (5,6; 21,9)	2,5% (-8,1; 12,1)	0,804

Tabla XIX. Área de servicios sostenimiento. Distribución de porcentajes y su variación al inicio y final del estudio.

Proveedores de los servicios

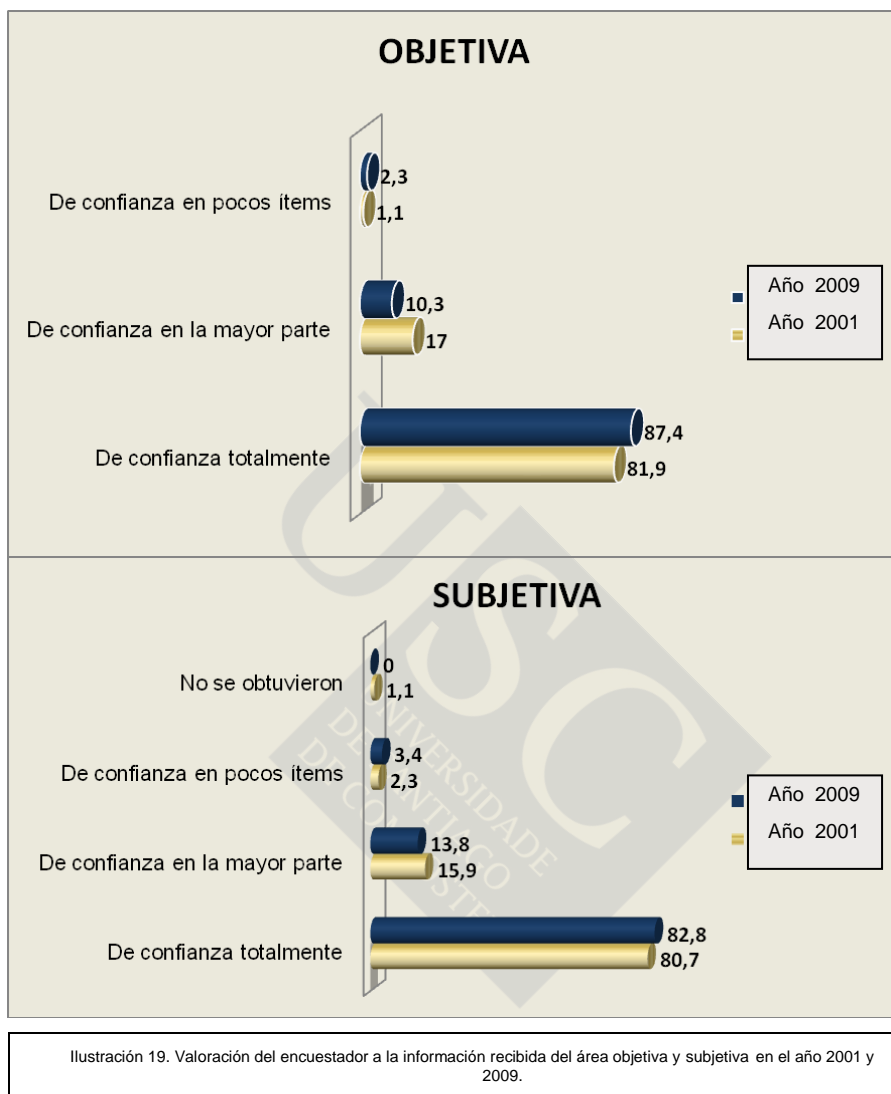
Los proveedores de los servicios son fundamentalmente familia y amigos tanto en el año 2001 como en el 2009, aunque sí que hemos encontrado un mayor papel de las instituciones no solo en lo referente a cuidados de enfermería y fisioterapia sino también en las áreas de control y comprobación, tareas domésticas y preparación de comida, disminuyendo en algún caso el porcentaje de las personas remuneradas en beneficio del aumento de la presencia de las instituciones. Todos los resultados completos se pueden ver en la tabla XX.

	AÑO 2001				AÑO 2009							
	Fam.	Inst.	Amigo	Rem.	Fam.	Inst.	Amigo	Fam + amigo	Fam. + Inst.	Fam. + Rem.	Rem.	p. signific ación
Supervisión continua	100	0	0	0	94,1	0	0	0	0	0	5,9	1
Cuidados diarios	75	0	25	0	91,6	0	0	0	4,2	0	4,2	0,239
Cuidados enfermería	12,5	87,5	0	0	6,3	90,6	00	0	0	3,1	0	1
Fisioterapia	0	33,3	0	66,7	0	50	0	0	0	0	50	0,317
De control. Comprobación	63,2	0	36,8	0	90,4	2,4	0	4,8	2,4	0	0	0,446
Tareas domésticas	53,3	0	6,7	40	59	12,8	0	0	10,3	0	17,9	1
Preparación comida	100	0	0	0	84,4	12,5	0	0	0	0	3,1	1
Ayuda legal	81,8	0	00	18,2	87,5	0	0	0	0	0	12,5	1

Tabla XX. Relación de proveedores según el servicio. Distribución de porcentajes inicial y final.

Información del encuestador

Una vez terminada la entrevista con la persona mayor, el encuestador valora la calidad de la información recibida, tanto de las preguntas que afectaban al área subjetiva como las objetivas. En general entre de confianza plena y de confianza en la mayor parte, son valorados más del 90% de los casos, no encontrando diferencias significativas en las dos cohortes tanto subjetiva como objetivamente.

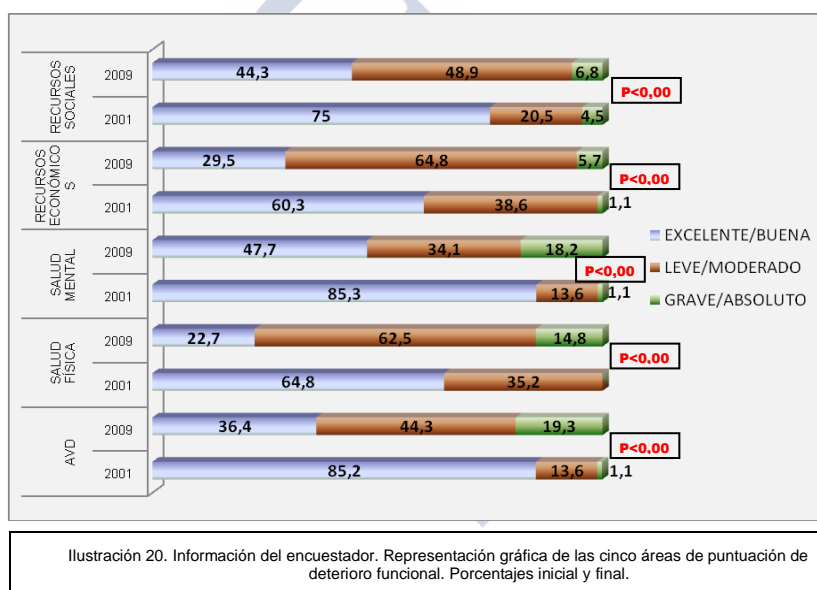


Puntuaciones de deterioro funcional (PDF)

Una vez finalizada la entrevista con la persona mayor, el encuestador siguió una escala para determinar las puntuaciones de deterioro funcional en cada una de las áreas que se encuentra definida, dentro del manual para la realización del instrumento utilizado (OARS-MFAQ). Estas puntuaciones se establecen para cada

una de las siguientes áreas: área de red social, de recursos económicos, salud mental, salud física y actividades de la vida diaria. En cada una de ellas nuestro entrevistador clasifica en una escala predeterminada de uno a seis a la persona entrevistada donde el uno corresponde a la funcionalidad plena y el seis al deterioro absoluto.

Observamos en los siguientes gráficos el comportamiento primero total y después en la evolución de nuestra cohorte de cada una de las áreas de valoración, evidenciando que las áreas de las actividades de la vida diaria y el área de salud mental donde nuestro entrevistador objetivó un mayor porcentaje de deterioro entre grave y absoluto, así como un incremento significativo al cabo de los 8 años ($p<0,001$) en todas las áreas. (Ilustración 20)



PDF en áreas de recursos sociales

Encontramos un fuerte deterioro de la cohorte con respecto al año 2001 en esta área, en los que tienen unos recursos sociales que podríamos considerar como excelentes con una diferencia de porcentajes significativa -39,8% (IC 95%: -50,5;-29,1) y un aumento significativo con una diferencia en los

IV.- Resultados

porcentajes iniciales y finales 26,1% (IC 95%: 13,3;38,9) en los que consideramos ligeramente deteriorada (Tabla XXI).

RECURSOS SOCIALES	INICIAL (2001)	FINAL (2009)	DIF. PORCENTAJES (Final - Inicial)	p
1. Excelente	43,2 (32,6; 54,1)	3,4 (0,7; 9,6)	-39,8 (-50,5; -29,1)	<0,001
2. Buena	31,8 (21,5; 42,1)	40,9 (30,1; 51,7)	9,1 (-4,1; 22,3)	0,243
3. Ligeramente deteriorada	14,8 (6,8; 22,7)	40,9 (30,1; 51,7)	26,1 (13,3; 38,9)	<0,001
4. Moderadamente deteriorada	5,7 (1,9; 12,8)	8 (1,7; 14,2)	2,3 (-5,4; 8,6)	0,754
5. Fuertemente deteriorada	4,5 (1,2; 11,2)	6,8 (1; 12,6)	2,3 (-5,4; 10,2)	0,754

Tabla XXI Información del encuestador. Puntuación del deterioro funcional en el área de recursos sociales al inicio y final del estudio. Expresado en porcentaje. (p<0,001)

PDF en áreas de recursos económicos

En esta área podemos observar como la puntuación tres, que es aquella en la que el individuo presenta ingresos suficientes sin reservas se produce una variación a lo largo del estudio que no fue significativa. Por sí misma podríamos pensar que no es muy elevado, sin embargo si lo observamos individualmente la puntuación de excelente se reduce de manera significativa con una diferencia de porcentajes -15,9% (IC 95%: -24,6;-8,1) en aumento de las puntuaciones tres, cuatro y cinco con peores recursos económicos (Tabla XXII)

RECURSOS ECONÓMICOS	INICIAL (2001)	FINAL (2009)	DIF. PORCENTAJES (Final - Inicial)	p
1. Excelente	23,9 (14,4; 33,3)	8 (1,7; 14,2)	-15,9 (-24,6; -8,1)	0,001
2. Buena	36,4 (25,7; 47)	21,6 (12,4; 30,8)	-14,8 (-27,2; -2,4)	0,037
3. Ligeramente deteriorada	37,5 (26,8; 48,2)	55,7 (44,7; 66,6)	18,2 (5,4; 31)	0,012
4. Moderadamente deteriorada	1,1 (0; 6,2)	9,1 (2,5; 15,7)	8 (1,8; 15,7)	0,04
5. Fuertemente deteriorada	1,1 (0; 6,2)	5,7 (1,9; 12,8)	4,6 (-1,5; 11,6)	0,219

Tabla XXII. Información del encuestador. Puntuación del deterioro funcional en el área de recursos económicos al inicio y final del estudio. Expresado en porcentaje. (p<0,001)

PDF en área de salud mental

Valorando la salud mental partimos de una situación basal muy diferente hace 8 años. Así, mientras en el año 2001 el 51,1% (IC 95%: 40,1;62,1) tienen una salud mental excelente, en la actualidad se pasa a un 4,55% (IC 95%: 1,2;11,2) con una diferencia de porcentajes inicial y final significativa -46,6% (IC 95%: -58,3;-34,8).

SALUD MENTAL	INICIAL (2001)	FINAL (2009)	DIF. PORCENTAJES (Final - Inicial)	p
1. Excelente	51,1 (40,1; 62,1)	4,5 (1,2; 11,2)	-46,6 (-58,3; -34,8)	<0,001
2. Buena	34,1 (23,6; 44,6)	43,2 (32,3; 54,1)	9,1 (-6,2; 24,4)	0,312
3. Ligeramente deteriorada	12,5 (5; 20)	21,6 (12,4; 30,8)	9,1 (-1,4; 16,5)	0,096
4. Moderadamente deteriorada	1,1 (0; 6,2)	12,5 (5; 20)	11,4 (3,9; 20)	0,006
5. Fuertemente deteriorada	1,1 (0; 6,2)	4,5 (1,2; 11,2)	3,4 (-2,4; 10,1)	0,375
6. Totalmente deteriorada	0 (0; 4,1)	13,6 (6; 21,4)	13,6 (6; 21,4)	<0,001

Tabla XXIII. Información del encuestador. Puntuación del deterioro funcional en el área de salud mental al inicio y final del estudio. Expresado en porcentaje. (p<0,001)

La puntuación tres es aquella en la que el individuo tiene ligeros síntomas psiquiátricos y/o ligero deterioro intelectual pero sigue encargándose de lo rutinario aunque no lleva satisfactoriamente los problemas graves de su vida, en esta se produce un aumento a lo largo del estudio, sin ser significativo.

PDF en área de salud física

Entre buena y excelente en este apartado de salud física se produce una reducción significativa con una diferencia de porcentajes -19,3% (IC 95%: -32,7;-13,3) y -22,7% (IC 95%: -32,7;-13,3) respectivamente en estos 8 años, con un aumento de los ancianos con salud física fuertemente o totalmente deteriorada a los largo de este periodo con una diferencia de porcentajes significativa 6,8% (IC 95%: 1,1;12,6) y 7,9% (IC 95%: 1,7;14,2) respectivamente (Tabla XXIV).

SALUD FÍSICA	INICIAL (2001)	FINAL (2009)	DIF. PORCENTAJES (Final - Inicial)	p
1. Excelente	23,9 (14,4; 33,3)	1,1 (0; 6,2)	-22,7 (-32,7; -13,3)	<0,001
2. Buena	40,9 (30,1; 51,7)	21,6 (12,4; 30,8)	-19,3 (-32,6; -6)	0,01
3. Ligeramente deteriorada	25 (15,4; 34,6)	48,9 (37,8; 59,9)	23,9 (9,8; 37,9)	0,003
4. Moderadamente deteriorada	10,2 (3,3; 17,1)	13,6 (5,9; 21,4)	3,4 (-6,6; 12,2)	0,629
5. Fuertemente deteriorada	0 (0; 4,1)	6,8 (1; 12,6)	6,8 (1,1; 12,6)	0,03
6. Totalmente deteriorada	0 (0; 4,1)	7,9 (1,7; 14,2)	7,9 (1,7; 14,2)	0,02

Tabla XXIV. Información del encuestador. Puntuación de las actividades de la salud física al inicio y final del estudio. Expresado en porcentaje. (p<0,001)

PDF en área de actividades de la vida diaria

En esta área de actividades de la vida diaria es donde se ve un mayor deterioro en este periodo de tiempo, presentando un aumento significativo con una diferencia en los porcentajes inicial y final 11,4% (IC 95%: 4,2;18,6) en los encuestados que presentan un deterioro grave o total de su capacidad para realizar las AVD, lo que nos indica una dependencia de otras personas muy alta o totalmente.

ACTIVIDADES de la VIDA DIARIA	INICIAL (2001)	FINAL (2009)	DIF. PORCENTAJES (Final - Inicial)	p
1. Excelente	47,7 (36,7; 58,7)	3,4 (0,7; 9,6)	-44,3 (-55,1 ; -33)	<0,001
2. Buena	37,5 (26,8; 48,2)	32,9 (22,6; 43,3)	-4,5 (-19,9; 10,9)	0,665
3. Ligeramente deteriorada	11,4 (4,2; 18,6)	31,8 (21,5; 42,1)	20,4 (8,2; 32,7)	0,004
4. Moderadamente deteriorada	2,3 (0,3; 8)	12,5 (5; 20)	10,2 (2,2; 19)	0,022
5. Fuertemente deteriorada	1,1 (0; 6,2)	7,9 (1,7; 14,2)	6,8 (0,3; 14,5)	0,07
6. Totalmente deteriorada	0 (0; 4,1)	11,4 (4,2; 18,6)	11,4 (4,2; 18,6)	0,003

Tabla XXV. Información del encuestador. Puntuación de las actividades de la vida diaria al inicio y final del estudio. Expresado en porcentaje. (p<0,001)

En la ilustración 21, podemos ver como en cada una de las áreas de evaluación se produce un deterioro claro en la funcionalidad con el paso de los años. Se hace más evidente en la salud mental y en las actividades de la vida diaria.

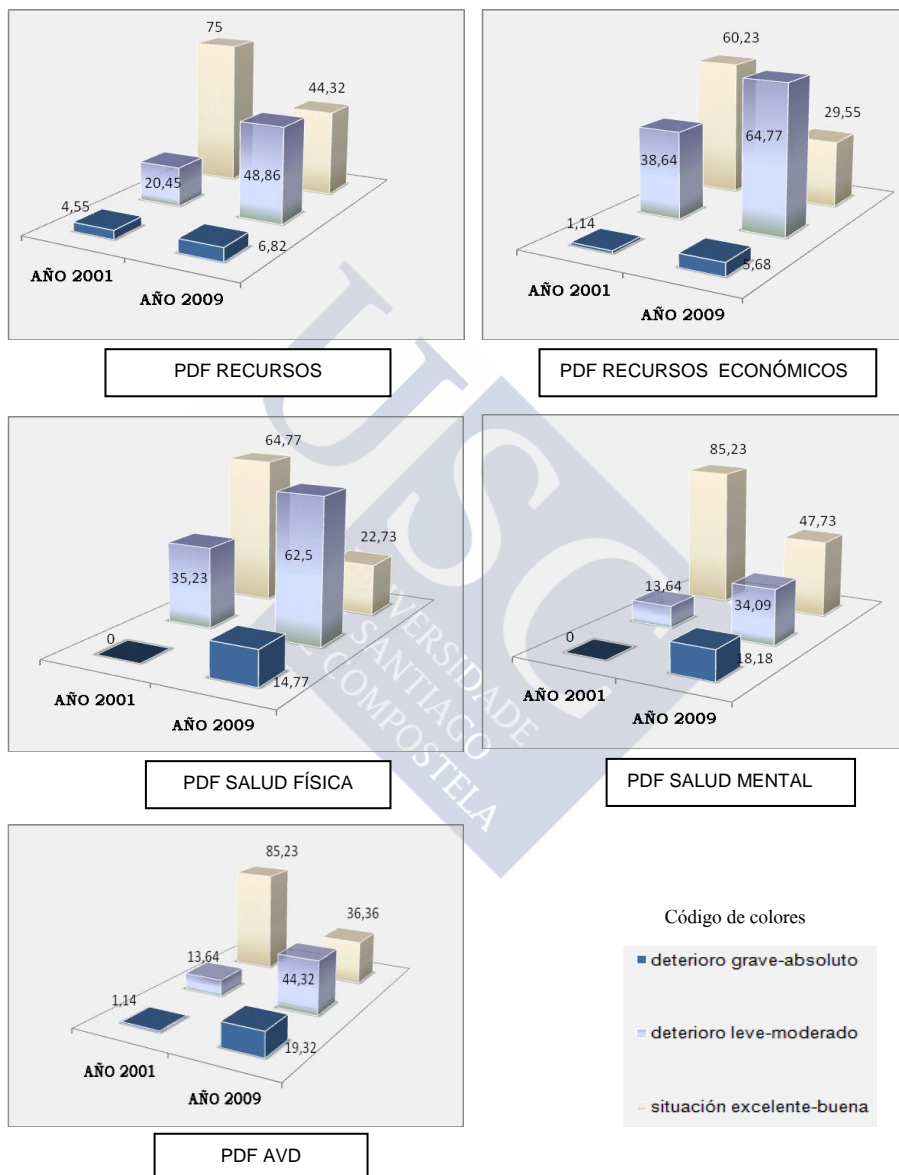


Ilustración 21. Representación de cada una de las áreas de deterioro funcional en función de las cohortes.

Regresión lineal simple y regresión lineal múltiple de las puntuaciones de deterioro funcional

Como ya comentamos anteriormente utilizamos primero el modelo de regresión lineal simple para hallar aquellas variables que resultaban más significativas al analizar la influencia de las mismas en la diferencia de puntuaciones en las distintas áreas de deterioro funcional, en el periodo estudiado entre el año 2001 y 2009.

Posteriormente construimos un modelo de regresión múltiple con aquellas variables que resultaron significativas en el modelo de regresión lineal simple junto con aquellas que consideramos clínicamente relevantes.

Por lo tanto para cada área funcional primero reflejamos el análisis de regresión lineal simple y a continuación de regresión lineal múltiple.

Área de recursos sociales

Encontramos significativa ($p=0.03$) la diferencia de recursos sociales en la necesidad de que alguien compruebe su estado ($Beta=-0,65$, IC 95%: -1,2;0), mejorando su puntuación en esta área y de gran importancia ($p=0,06$) la edad ya que los de mayor edad ($Beta=-0,05$, IC 95%: -0,1;0) en estos ocho años tienen unos recursos sociales mejores.

	<u>Beta</u>	<u>IC 95%</u>	<u>p valor</u>
Sexo (ref: hombre)	-0,455	(-1,1; 0,2)	0,156
Edad	-0,054	(-0,1; 0)	0,066
Estado civil			
<i>Soltero</i>	0(ref.)		
<i>Casado/en pareja</i>	-0,872	(-2,1; 0,3)	0,155
<i>Viudo</i>	-0,73	(-2; 0,5)	0,255
<i>Divorciado/separado</i>	1,166	(-0,8; 3,1)	0,244
Tiene alguien en quien confiar*	-0,187	(-3,2; 2,8)	0,9

	<u>Beta</u>	<u>IC 95%</u>	<u>p valor</u>
Se encuentra solo			
<i>Muy a menudo</i>	0(ref.)		
<i>Algunas veces</i>	-0,421	(-0,2; 0,8)	0,484
<i>Casi nunca</i>	-0,125	(-1,2; 0,9)	0,816
Ve a sus familiares*	0,719	(-0,1;1,7)	0,091
Recibe ayuda externa*	-0,159	(-1,4; 1)	0,79
Contacto con otras personas			
<i>Ninguna</i>	0(ref.)		
<i>Una vez a la semana</i>	-0,562	(-2; 0,9)	0,46
<i>De 2 a 6 veces a la semana</i>	-0,022	(-1,4;1,3)	0,974
<i>Una vez al día o más</i>	-0,363	(-1,9;1,2)	0,65
Recibe ayuda para cuidado personal*	-0,002	(-0,7; 0,7)	0,995
Necesita ayuda para cuidados personales*	-0,496	(-1,2; 0,2)	0,181
Alguien comprueba su estado*	-0,466	(-1,1; 0,2)	0,139
Necesita que alguien compruebe su estado*	-0,655	(-1,3; 0)	0,039
Alguien con usted 24 horas*	0,342	(-0,4 a 1)	0,385
Siente necesidad de supervisión*	-0,202	(-1,1; 0,7)	0,646
Le ayudan en las tareas de la casa*	0,161	(-0,5; 0,8)	0,606
Necesita que le ayuden en las tareas de la casa*	-0,245	(-0,9; 0,4)	<0,001
Alguien le prepara la comida*	0,228	(-0,4; 0,9)	0,479
Necesita que alguien le prepare la comida*	-0,04	(-0,7; 0,6)	0,899
Participa en actividades de grupo*	-0,264	(-1,1; 0,6)	0,533
Cree que necesita participar en actividades de grupo*	0,076	(-0,6; 0,8)	0,821
Realizó viajes*	-0,35	(-1,3; 0,6)	0,452
Cree que necesita viajar*	-0,536	(-1,5; 0,5)	0,28
Participa en deportes*	-0,333	(-2,1; 1,5)	0,711
Necesita hacer deporte*	-0,227	(-1,5; 1,1)	0,721
Necesidad de transporte*	0,005	(-1; 1)	0,991
Le ayudaron en asuntos legales*	-0,46	(-1,5; 0,6)	0,392
Necesita ayuda legal*	-0,532	(-1,5; 0,4)	0,27
Necesita ayuda económica*	-0,601	(-1,3; 0,1)	0,093
<i>Necesita ayuda para alimentación*</i>	0,688	(-0,2; 1,6)	0,145

Tabla XXVI. Regresión lineal simple de la diferencia de recursos sociales (2009-2001) con respecto a las distintas variables relacionadas con estos recursos. * Categoría de referencia: no

Construimos un modelo de regresión lineal múltiple teniendo como variable dependiente la diferencia de puntuación en el área de recursos sociales con las diferentes variables en relación a dicha área incluyendo como comunes a todas las áreas el sexo, edad y estado civil que resultaron significativas en el análisis de regresión lineal simple previo .

Observamos que las mujeres (Beta=-0,9, IC 95%: -1,6;-0,2), los casados/en pareja (Beta=-1,3, IC 95%: -2,6;0) o viudos (Beta=-0,5, IC 95%: -1,1;0,8) mejoran en esta área siendo significativo el primero y con relación en el segundo sin ser significativo ($p=0,01$ y $p=0,05$) con respecto a la etapa anterior junto con los de mayor edad (Beta= 0, IC 95%: -0,1;0) significativamente también ($p=0,04$), no encontrando que el resto de variables contrastadas nos muestren relación con esta mejoría.

	Beta	IC 95%	p valor
Edad	-0,065	(-0,1; 0)	0.042
Sexo Mujer	-0,918	(-1,6; -0,2)	0.011
Casado/en pareja	-1,316	(-2,6; 0)	0.054
Viudo	-0,521	(-1,2; 0,8)	0.448
Divorciado/separado	1,027	(-0,9; 3)	0.302
Necesita ayuda económica. Sí	-0,385	(-1,1; 0,3)	0.302

Tabla XXVII. Regresión múltiple del área de recursos sociales

Área de recursos económicos

El estar divorciado/separado (Beta=1,8, IC 95%: 0,2;3,4), ver a sus familiares (Beta=0,8, IC 95%: 0;1,6), tener mejor economía respecto a los demás (Beta=1,3, IC 95%: 0,4;2,3) tener mejor cobertura de necesidades con los ingresos (Beta=0,8, IC 95%: 0;1,6), tener ayuda legal (Beta=1,0, IC 95%: 0,1;1,9) y tener necesidad de ayuda legal (Beta=0,8, IC 95%: 0;1,6) presentan un empeoramiento de su situación económica en este periodo de tiempo estudiado, mostrando estas variables

contrastadas con la diferencia de puntuación en los recursos económicos significativas.

	Beta	IC 95%	p valor
Sexo (ref: hombre)	-0,031	(-0,6; 0,5)	0,912
Edad	0,007	(0; 0,1)	0,784
Estado civil			
<i>Soltero</i>	0(ref.)		
<i>Casado/en pareja</i>	-0,774	(-1,8; 0,2)	0,126
<i>Viudo</i>	-0,512	(-1,5; 0,5)	0,33
<i>Divorciado/separado</i>	1,833	(0,2; 3,4)	0,028
Tiene alguien en quien confiar*	-0,373	(-2,9; 2,2)	0,773
Se encuentra solo			
<i>Muy a menudo</i>	0(ref.)		
<i>Algunas veces</i>	0,029	(-1; 1,1)	0,955
<i>Casi nunca</i>	0,284	(-0,6; 1,2)	0,544
Ve a sus familiares*	0,862	(0; 1,7)	0,042
Recibe ayuda externa*	0,683	(-0,3; 1,7)	0,186
Contacto con otras personas			
<i>Ninguna</i>	0(ref.)		
<i>Una vez a la semana</i>	-0,187	(-1,5; 1,1)	0,777
<i>De 2 a 6 veces a la semana</i>	-0,409	(-1,6; 0,8)	0,503
<i>Una vez al día o más</i>	-0,636	(-2; 0,7)	0,363
Alguien podría cuidarlo el tiempo que necesitara			
<i>Alguien de forma ocasional</i>	0(ref.)		
<i>Alguien por algún tiempo</i>	0,126	(-0,8; 1)	0,784
<i>Alguien indefinidamente</i>	0,462	(-0,4; 1,3)	0,278
Recibe ayuda para cuidado personal*	0,147	(-0,5; 0,8)	0,632
Necesita ayuda para cuidados personales*	0,143	(-0,5; 0,8)	0,668
Alguien comprueba su estado*	-0,203	(-0,8; 0,4)	0,464
Necesita que alguien compruebe su estado*	-0,274	(-0,8; 0,3)	0,334
Alguien con usted 24 horas*	0,256	(-0,4; 0,9)	0,45
Siente necesidad de supervisión*	0,178	(-0,6; 0,9)	0,638
Le ayudan en las tareas de la casa*	0,397	(-0,1; 0,9)	0,145
Necesita que le ayuden en las tareas de la casa*	0,338	(-0,3; 1)	0,272

IV.- Resultados

	Beta	IC 95%	p valor
Alguien le prepara la comida*	0,267	(-0,3; 0,8)	0,346
Necesita que alguien le prepare la comida*	0,13	(-0,4; 0,7)	0,647
Como está su economía respecto a los otros*			
<i>Peor</i>	0(ref.)		
<i>Igual</i>	0,208	(-0,5; 0,9)	0,534
<i>Mejor</i>	1,366	(0,4; 2,3)	0,005
<i>No contesta</i>	0,166	(-1,1; 1,5)	0,803
Sus ingresos cubren sus necesidades			
<i>Escasamente</i>	0(ref.)		
<i>Medianamente bien</i>	0,212	(-0,4; 0,8)	0,483
<i>Muy bien</i>	0,817	(0; 1,6)	0,05
Tiene suficiente para sus necesidades de futuro*	0,006	(0; 0,1)	0,909
Tiene dinero para extras*	0,352	(0; 0,9)	0,23
Cree que sus propiedades o ingresos son suficientes*	0,056	(0; 0,2)	0,322
Necesidad de transporte*	-0,385	(-1,3; 0,5)	0,377
Le ayudaron en asuntos legales*	1,081	(0,2; 2)	0,021
Necesita ayuda legal*	0,852	(0; 1,7)	0,043
Necesita ayuda económica*	-0,512	(-1,1; 0,1)	0,08
Necesita ayuda para alimentación*	0,198	(-0,6; 1)	0,625

Tabla XXVIII. Regresión lineal simple de la diferencia de recursos económicos (2009-2001) con respecto a las distintas variables relacionadas con estos recursos. * Categoría de referencia: no

Al introducir en el análisis multivariante las estadísticamente significativas y clínicamente relevantes sólo resultan significativas ($p=0,01$) el estado civil (estar divorciado ($\text{Beta}=2,5$, IC 95%: 0,5;4,4) aumenta la puntuación en los recursos económicos, es decir empeoró su situación económica. No resulta significativo ($p=0,06$) la necesidad de ayuda económica ($\text{Beta}=-0,6$, IC 95%: -1,3;0), aumentando sus recursos económicos en el periodo estudiado.

	Beta	IC 95%	p valor
Edad	-0,009	(-0,1; 0,1)	0.799
Sexo Mujer	-0,589	(-1,4; 0,2)	0.155
Casado/en pareja	-0,272	(-1,8; 1,2)	0.725
Viudo	0,207	(-1,4; 1,8)	0.8
Divorciado/separado	2,518	(0,6; 4,5)	0.015
Alguien por algún tiempo	0,158	(-0,7; 1,1)	0.73
Alguien indefinidamente	-0,107	(-1; 0,7)	0.806
Recibe ayuda legal. Sí	0,244	(-0,4; 0,9)	0.46
Necesita ayuda económica. Sí	-0,638	(-1,3; 0)	0.068
Necesita ayuda legal. Sí	0,244	(-0,4; 0,9)	0.46

Tabla XXIX. Regresión múltiple del área de recursos económicos

Área de salud mental

El que alguien pudiera cuidarlo el tiempo que necesitara indefinidamente (Beta=0,9, IC 95%: 0;1,7), o por algún tiempo (Beta=1,1, IC 95%: 0;2), recibir ayuda para cuidado personal (Beta=1,1, IC 95%: 0,4;1,8), necesitar ayuda para cuidados personales (Beta=1, IC 95%: 0;1,8), sentir la necesidad de supervisión (Beta=1 IC 95%: 0;1,9), que alguien esté con el anciano 24 horas (Beta=1,2, IC 95%: 0;2), la necesidad de ayuda en las tareas de la casa (Beta= 0,7, IC 95%: 0;1,5), que alguien le prepare la comida (Beta= 0,8, IC 95%: 0;1,5) se asocian con una peor puntuación en salud mental a lo largo del estudio, encontrándose estas variables significativas.

Observamos que existe relación respecto el encontrarse solo algunas veces (Beta=0,9, IC 95%: 0;1,9) que se asocia también a una peor puntuación a lo largo del tiempo estudiado y el contacto con otras personas tanto una vez a la semana (Beta=-1,2, IC 95%: 0;1,6) como 2 a 6 veces a la semana (Beta=-1,

IV.- Resultados

IC 95%: -2,7;0) que se asocia a una mejor salud mental. Sí es significativo el contacto con otras personas una vez al día o más (Beta=-1,3, IC 95%: -2,7;0).

	<u>Beta</u>	<u>IC 95%</u>	<u>p valor</u>
Sexo (ref: hombre)	-0,402	(-1,1; 0,3)	0,243
Edad	-0,005	(-0,1; 0,1)	0,869
Estado civil			
<i>Soltero</i>	0 (ref.)		
<i>Casado/en pareja</i>	-0,009	(-1,3; 1,3)	0,988
<i>Viudo</i>	-0,384	(-1,8; 1)	0,583
<i>Divorciado/separado</i>	0,833	(-1,3; 3)	0,447
Tiene alguien en quien confiar*	0,12	(2,5; 2,7)	0,927
Se encuentra solo			
<i>Muy a menudo</i>	0(ref.)		
<i>Algunas veces</i>	0,976	(0; 2)	0,063
<i>Casi nunca</i>	0,68	(-0,2; 1,6)	0,148
Ve a sus familiares*	-0,457	(-1,3; 0,4)	0,28
Recibe ayuda externa*	-0,349	(-1,4; 0,7)	0,509
Contacto con otras personas			
<i>Ninguna</i>	0(ref.)		
<i>Una vez a la semana</i>	-1,2	(-2,5; 0,1)	0,072
<i>De 2 a 6 veces a la semana</i>	-1,086	(-2,7; 0,1)	0,077
<i>Una vez al día o más</i>	-1,381	(-2,7; 0)	0,049
Alguien podría cuidarlo el tiempo que necesitara			
<i>Alguien de forma ocasional</i>	0(ref.)		
<i>Alguien por algún tiempo</i>	1,14	(0,2; 2)	0,015
<i>Alguien indefinidamente</i>	0,908	(0,1; 1,7)	0,035
Recibe ayuda para cuidado personal*	1,123	(0,4; 1,8)	0,002
Necesita ayuda para cuidados personales*	1,094	(0,3; 1,9)	0,007
Alguien comprueba su estado*	-0,22	(-0,9; 0,4)	0,5
Necesita que alguien compruebe su estado*	0,105	(-0,6; 0,8)	0,753
Alguien con usted 24 horas*	1,263	(0,5; 2,1)	0,002
Siente necesidad de supervisión*	1,068	(0,2; 2)	0,02
Le ayudan en las tareas de la casa*	0,558	(-0,1; 1,2)	0,095
Necesita que le ayuden en las tareas de la casa*	0,786	(0,1; 1,5)	0,038

	Beta	IC 95%	p valor
Alguien le prepara la comida*	0,891	(0,2; 1,5)	0,009
Necesita que alguien le prepare la comida*	0,92	(0,3; 1,6)	0,007
Recibe tratamiento para los nervios*	0,963	(-0,3; 2,3)	0,144
Siente que necesita tratamiento para los nervios*	0,123	(-1,2; 1,4)	0,853
Tomó medicamentos psicótrpos*	-0,121	(-0,9; 0,6)	0,751
Necesita tomar medicamentos psicótrpos*	-0,197	(-0,9; 0,5)	0,581
Encuentra la vida interesante*	-0,117	(-0,3; 0,1)	0,271
Tuvo periodos en que pensó que no podía más*	-0,328	(-1,1; 0,5)	0,409
Sueño irregular e inquieto*	-0,125	(-0,7; 0,5)	0,676
Se siente inútil*	0,063	(-0,6; 0,8)	0,858
Se siente débil*	-0,558	(-1,2; 0,1)	0,093
Mantiene el equilibrio*	-0,151	(-0,8; 0,5)	0,615
Cuántas veces se preocupa por las cosas			
<i>Muy a menudo</i>	0(ref.)		
<i>Algunas veces</i>	-0,249	(-0,9; 0,4)	0,458
<i>Casi nunca</i>	0,517	(-0,3; 1,4)	0,24
Encuentra la vida interesante			
<i>Aburrida</i>	0(ref.)		
<i>Rutinaria</i>	0,865	(-0,1; 1,8)	0,077
<i>Interesante</i>	0,324	(-0,6; 1,2)	0,472
<i>NC</i>	-0,7	(-2,6; 1,2)	0,48
Satisfacción con la vida			
<i>Mala</i>	0(ref.)		
<i>Regular</i>	0,464	(-0,9; 1,8)	0,505
<i>Buena</i>	0,772	(-0,6; 2,1)	0,257
Valoración salud mental actual			
<i>Mala</i>	0(ref.)		
<i>Regular</i>	-0,137	(-1,4; 1,2)	0,835
<i>Buena</i>	0,005	(-1,3; 1,3)	0,994
<i>Excelente</i>	1,8	(-1,1; 4,8)	0,234
Salud mental comparada 5 años atrás			
<i>Peor</i>	0(ref.)		
<i>Igual</i>	0,276	(-0,3; 0,9)	0,377
<i>Mejor</i>	0,032	(-1,3; 1,4)	0,963

Tabla XXX. Regresión lineal simple de la diferencia de salud mental (2009-2001) con respecto a las distintas variables relacionadas con estos recursos. * Categoría de referencia: no

Observamos que a mayor edad ($Beta=0$, IC 95%: -0,1;0) mejor puntuación en salud mental en comparación con el periodo previo, siendo un resultado significativo ($p=0,02$) al realizar el análisis de regresión lineal múltiple.

Se observa que aquellas personas que mayor contacto tienen con personas que no viven con ellos, mejor puntuación en salud mental, como se ve en los ancianos que tienen contacto con la gente una vez a la semana ($Beta=-1,7$, IC 95%: -0,1;0), de 2 a 6 veces ($Beta=-1,3$, IC 95%: -2,9;0,2) y una vez al día o más ($Beta=-1,7$, IC 95%: -3,4;0,1) .

	<u>Beta</u>	<u>IC 95%</u>	<u>p valor</u>
Edad	-0,081	(-0,2; 0)	0,028
Sexo Mujer	-0,069	(-1,1; 1)	0,895
Una vez semana	-1,666	(-3,3; 0)	0,058
De 2 a 6 veces / semana	-1,359	(-2,9; 0,2)	0,085
Una vez al día o más	-1,691	(-3,4; 0,1)	0,065
Alguien por algún tiempo	0,77	(-0,2; 1,7)	0,129
Alguien indefinidamente	0,084	(-0,9; 1)	0,863
Ayuda cuidado personal. Sí	-1,443	(-3,1; 0,3)	0,104
Necesita ayuda cuidado personal. Sí	0,498	(-1,4; 2,4)	0,609
Alguien las 24 horas. Sí	1,546	(-0,2; 3,3)	0,087
Necesidad de supervisión. Sí	-1,327	(-3,5; 0,9)	0,244
Necesidad ayuda tareas de casa. Sí	0,485	(-0,3; 1,3)	0,252
Alguien prepara comida. Sí	1,095	(0,3; 2,5)	0,122
Necesita alguien prepare comida. Sí	0,186	(-1,4; 1,7)	0,816

Tabla XXXI. Regresión múltiple del área de salud mental.

Área de salud física

La necesidad de más cuidados médicos ($Beta=1,1$, IC 95%: 0,2;1,9), más cuidados de enfermería ($Beta=1$, IC 95%: 0,5;1,5), el tener parálisis parcial de un miembro o función ($Beta=3,1$, IC 95%: 0,8;5,4), una valoración global de la salud excelente

(Beta=2,1, IC 95%: 0,4;3,9) y el que nada le produce impedimento los problemas de salud (Beta=0,8, IC 95%: 0,2;1,5) se asocia significativamente con un peor estado de salud física en este periodo de ocho años de seguimiento.

La mala (Beta=-1,3, IC 95%: -2,5;-0,1) o regular (Beta=-1,3, IC 95%: -2,4;-0,2) audición tienen una asociación significativa con una mejor diferencia de puntuación en la salud física.

	Beta	IC 95%	p valor
Sexo (ref: hombre)	-0,009	(-0,6; 0,6)	0,976
Edad	-0,003	(-0,1; 0,1)	0,925
Estado civil			
<i>Soltero</i>	0(ref.)		
<i>Casado/en pareja</i>	-0,225	(-1,4; 0,9)	0,699
<i>Viudo</i>	-0,051	(-1,2; 1,1)	0,933
<i>Divorciado/separado</i>	0,5	(-1,4; 2,4)	0,601
Tiene alguien en quien confiar*			
Se encuentra solo			
<i>Muy a menudo</i>	0(ref.)		
<i>Algunas veces</i>	-0,269	(-1,2; 0,6)	0,567
<i>Casi nunca</i>	-0,34	(-1,2; 0,5)	0,421
Ve a sus familiares*			
Recibe ayuda externa*			
Contacto con otras personas			
<i>Ninguna</i>	0(ref.)		
<i>Una vez a la semana</i>	-0,962	(-2,1; 0,2)	0,103
<i>De 2 a 6 veces a la semana</i>	-0,581	(-1,6; 0,5)	0,282
<i>Una vez al día o más</i>	-0,218	(-1,4; 1)	0,723
Alguien podría cuidarlo el tiempo que necesitara			
<i>Alguien de forma ocasional</i>	0(ref.)		
<i>Alguien por algún tiempo</i>	0,228	(-0,6; 1,1)	0,592
<i>Alguien indefinidamente</i>	0,091	(-0,7; 0,9)	0,814
Necesidad de más cuidados médicos*	1,101	(0,3; 2)	0,011
Nº de veces al médico	0,038	(0; 0,1)	0,126
Días ingresado en el hospital	0,004	(0; 0)	0,781
Visitas del médico al domicilio	-0,168	(-0,9; 0,6)	0,639
Cantidad de medicamentos	0,011	(-0,1; 0,1)	0,857
Medicamentos > de 2*	0,154	(-0,4; 0,7)	0,569

IV.- Resultados

	Beta	IC 95%	p valor
Recibe cuidados de enfermería*	0,44	(-0,1; 1)	0,136
Necesita cuidados de enfermería*	1,045	(0,5; 1,6)	<0,001
Recibe cuidados de fisioterapia*	-0,74	(-1,7; 0,2)	0,134
Necesita cuidados de fisioterapia*	-0,612	(-1,4; 0,1)	0,109
Necesidad ayuda de dispositivos*	-0,923	(-3,3; 1,5)	0,44
Incapacidad física			
<i>No</i>	0(ref.)		
<i>Parálisis parcial</i>	3,111	(0,8; 5,4)	0,009
<i>Falta de un miembro o función</i>	1,611	(0; 3,2)	0,057
<i>Fractura de huesos</i>	-0,488	(-1,5; 0,6)	0,366
Como está de vista			
<i>Excelente</i>	0(ref.)		
<i>Bien</i>	-0,977	(-2,6; 0,6)	0,24
<i>Regular</i>	-1,478	(-3,1; 0,2)	0,083
<i>Mal</i>	-1,222	(-3; 0,5)	0,176
<i>NC</i>	1	(-1,7; 3,7)	0,477
Como está de oído			
<i>Excelente</i>	0(ref.)		
<i>Bien</i>	-1	(-2,1; 0,1)	0,072
<i>Regular</i>	-1,333	(-2,4; -0,2)	0,019
<i>Mal</i>	-1,333	(-2,5; -0,1)	0,032
Valoración global de la salud			
<i>Mala</i>	0(ref.)		
<i>Regular</i>	-0,227	(-1,2; 0,7)	0,643
<i>Buena</i>	0,08	(-0,9; 1)	0,868
<i>Excelente</i>	2,166	(0,4; 3,9)	0,018
Valoración de la salud física comparada 5 años atrás			
<i>Peor</i>	0(ref.)		
<i>Igual</i>	0,379	(-0,2; 1)	0,202
<i>Mejor</i>	0,955	(-0,4; 2,3)	0,169
Cuanto le impiden los problemas de salud			
<i>Mucho</i>	0(ref.)		
<i>Un poco</i>	-0,29	(-0,9; 0,3)	0,324
<i>Nada</i>	0,881	(0,2; 1,5)	0,011

Tabla XXXII. Regresión lineal simple de la diferencia de salud física (2009-2001) con respecto a las distintas variables relacionadas con estos recursos. * Categoría de referencia: no

Al realizar nuestro modelo de regresión múltiple en el área de salud física los que dicen que su estado de salud es excelente (Beta=2,2, IC 95%: -0,1;4,5) son los que peor puntuación tienen en salud física. Los que dicen que no les impide nada su estado de salud (Beta=1,3, IC 95%: 0,2;1,5) son los que peor estado de salud tienen con significación estadística ($p=0,02$). Los que más tiempo estuvieron enfermos (Beta=1,2, IC 95%: -0,1;2,6) son los que peor puntúan en salud física.

	Beta	IC 95%	p valor
Edad	0.025	(-0; 0,1)	0.413
Sexo Mujer	0.085	(-0,5; 0,7)	0.792
Fractura de huesos (si)	-0.422	(-1,7; 0,9)	0.527
Oído Bien	-0.942	(-2,2; 0,3)	0.151
Oído Regular	-1.15	(-2,5; 0,2)	0.104
Oído Mal	-1.035	(-2,4; 0,3)	0.139
Val. Global salud Regular	0.471	(-1,3; 2,3)	0.613
Val. Global salud buena	0.033	(-1,7; 1,8)	0.97
Val. Global salud excelente	2.221	(-0,1; 4,5)	0.067
Impiden prob. Salud Un poco	0.196	(-0,7; 1,1)	0.678
Impiden prob. Salud nada	1.351	(0,2; 1,5)	0.026
Necesita cuidados enfermer. Sí	0.119	(-0,6; 0,9)	0.759
Días enf. en 6 meses. Una semana o menos	0.462	(-1,4; 2,3)	0.619
Días enf. en 6 meses. Más de una semana, menos 1 mes	-0.253	(-2,8; 2,3)	0.848
Días enf. en 6 meses. De 1 a 3 meses	-0.684	(-2,8; 1,5)	0.538
Días enf. en 6 meses. De 4 a 6 meses	1.248	(-0,1; 2,6)	0.085
Necesidad de más cuidados médicos. Si	0.455	(-0,9; 1,8)	0.505

Tabla XXXIII. Regresión múltiple del área de salud física.

Actividades de la vida diaria

El que alguien pudiera cuidar al anciano indefinidamente (Beta=0,6, IC 95%: 0;1,3), recibir ayuda para cuidado personal (Beta=1,6, IC 95%: 1;2,1), necesitar ayuda para cuidados (Beta=1,7, IC 95%: 1,1;2,3), el estar con alguien 24 horas (Beta=1,7, IC 95%: 1,1;2,3), la necesidad de supervisión (Beta=2,0, IC 95%: 1,3;2,6), el recibir ayuda en las tareas de la casa (Beta=0,7, IC 95%: 0,1;1,3), la necesidad de recibir ayuda en dichas tareas (Beta=0,9, IC 95%: 0,3;1,5), el que alguien le prepare la comida (Beta=0,9, IC 95%: 0,3;1,4) y la necesidad de que alguien se la prepare (Beta=1,3, IC 95%: 0,8;1,8) presentan un mayor deterioro en las AVD estadísticamente significativo, algunas de ellas con mucha fuerza a lo largo del periodo de investigación.

Sin embargo el que casi nunca se encuentre solo (Beta=-0,7, IC 95%: -1,4;0) y el contacto con otras personas tanto una vez a la semana (Beta=-1,2, IC 95%: -2,2;-0,2) como de 2 a 6 veces a la semana (Beta=-1,1, IC 95%: -2,1;-0,2) se muestra significativo con una mejor puntuación en las AVD, por lo tanto una mejor capacidad para la realización de las citadas actividades.

	<u>Beta</u>	<u>IC 95%</u>	<u>p valor</u>
Sexo(ref: hombre)	-0,089	(-0,7; 0,5)	0,773
Edad	0,04	(0; 0,1)	0,154
Estado civil			
<i>Soltero</i>	0(ref.)		
<i>Casado/en pareja</i>	0,235	(-0,9; 1,4)	0,693
<i>Viudo</i>	0,602	(-0,6; 1,8)	0,337
<i>Divorciado/separado</i>	1	(-0,9; 2,9)	0,307
Tiene alguien en quien confiar*	-0,293	(-2,4; 1,8)	0,782
Se encuentra solo			
<i>Muy a menudo</i>	0(ref.)		
<i>Algunas veces</i>	-0,596	(-1,4; 0,2)	0,156
<i>Casi nunca</i>	-0,75	(-1,9; 0)	0,048
Ve a sus familiares*	-0,152	(-0,9; 0,6)	0,665
Recibe ayuda externa*	-0,19	(-1; 0,6)	0,65

	Beta	IC 95%	p valor
Alguien podría cuidarlo el tiempo que necesitara			
<i>Alguien de forma ocasional</i>	0(ref.)		
<i>Alguien por algún tiempo</i>	0,536	(-0,2; 1,2)	0,136
<i>Alguien indefinidamente</i>	0,662	(0; 1,3)	0,047
Contacto con otras personas			
<i>Ninguna</i>	0(ref.)		
<i>Una vez a la semana</i>	-1,237	(-2,3; -0,2)	<0,001
<i>De 2 a 6 veces a la semana</i>	-1,186	(-2,1; -0,2)	0,016
<i>Una vez al día o más</i>	-0,981	(-2,1; 0,1)	0,078
Recibe ayuda para cuidado personal*	1,605	(1; 2,2)	<0,001
Necesita ayuda para cuidados personales*	1,781	(1,2; 2,4)	<0,001
Alguien comprueba su estado*	-0,047	(-0,6; 0,5)	0,872
Necesita que alguien compruebe su estado*	0,145	(-0,4; 0,7)	0,622
Alguien con usted 24 horas*	1,77	(1,2; 2,4)	<0,001
Siente necesidad de supervisión*	2,002	(1,3; 2,7)	<0,001
Le ayudan en las tareas de la casa*	0,743	(0,2; 1,3)	0,011
Necesita que le ayuden en las tareas de la casa*	0,931	(0,3; 1,6)	0,004
Alguien le prepara la comida*	0,916	(0,3; 1,5)	0,002
Necesita que alguien le prepare la comida*	1,366	(0,8; 1,9)	<0,001
Necesidad de transporte*	0,168	(-0,7; 1,1)	0,706
Necesita ayuda económica*	0,024	(-0,6; 0,7)	0,942
Necesita ayuda para alimentación*	0,147	(-0,7; 1)	0,733

Tabla XXXIV. Regresión lineal simple de la diferencia de AVD (2009-2001) con respecto a las distintas variables relacionadas con estos recursos. * Categoría de referencia: no

Cuando metemos todas las variables significativas más edad y sexo en el multivariante no salen significativas. Así que optamos por construir un modelo óptimo con el número mínimo de variables.

Se obtuvo que solo las variables, si le ayudan en las tareas de la casa y el contacto con otras personas, predicen lo mismo que el modelo con todas, no se encuentran diferencias en las medidas de ajuste (R^2 , BIC, AIC) con respecto al modelo con todas las variables. Eso quiere decir que las dos variables tienen tanto poder de

discriminación que en el momento que introducimos el resto de las variables en el modelo, dejan de tener peso e incluso crear confusión. Por ello elegimos un modelo en que exista la mínima confusión ajustando por edad y sexo y se vuelve a observar de nuevo que son significativas las variables referidas antes.

Las diferencias en AVD son significativas ($p=0,04$) y mayores si reciben apoyo en las tareas domésticas (Beta=-0,6, IC 95%: 0;1,1) empeorando en su puntuación y los que tienen contacto con otras personas una vez a la semana (Beta=-1,5, IC 95%: -2,2;0,1) mejoran en la diferencia de las AVD aunque esta última variable no guarda significación estadística ($p=0,08$).

	Beta	IC 95%	p valor
Edad	-0.014	(-0,1; 0)	0.585
Sexo Mujer	0.292	(-0,4; 1)	0.393
Cuidarlo alguien por algún tiempo	0.538	(-0,2; 1,3)	0.135
Cuidarlo alguien indefinidamente	0.462	(-0,2; 0,2)	0.169
Contacto personas. Una vez semana	-1.052	(-2,3; 0,2)	0.085
Contacto personas. De 2 a 6 veces /semana	-0.831	(-1,9; 0,2)	0.126
Contacto personas. Una vez al día o más	-0.418	(-1,7; 0,9)	0.513
Ayuda en tareas domésticas. Sí	0.605	(0; 1,2)	0.044
Necesita ayuda preparar comidas. Sí	0.542	(-0,2; 1,5)	0.129

Tabla XXXV. Regresión múltiple del área de AVD

Regresión logística univariante y multivariante del índice de Katz

Para la valoración de las AVD utilizamos el índice de Katz modificado. Debido a nuestro tamaño muestral decidimos recodificarlo en dos categorías: independiente total en todas las áreas y dependiente en alguna de las AVD. Como ya describimos anteriormente primero realizamos análisis de regresión logística univariante y posteriormente regresión logística multivariante introduciendo las variables estadísticamente significativas en el univariante y aquellas de interés clínico eliminando las variables con alta correlación o bien las que presentaban una

dispersión elevada en los IC. Analizamos así, las posibles variables predictoras de dependencia, estudiando la relación de las variables relacionadas con la salud física, salud mental, apoyo social e invalidez del año 2001 con el índice de Katz del 2009.

En la siguiente tabla reflejamos aquellas que podrían incluirse en un modelo óptimo para la realización del análisis multivariante posterior, así observamos significativamente que a mayor edad mayor dependencia, que las mujeres tienen 3,1 veces más riesgo de dependencia, que los ancianos que ven a sus familiares tan a menudo como quieren tienen 4,1 veces menor riesgo de dependencia que los que no los ven, que las personas mayores que mantienen el equilibrio tienen 3,4 veces menor riesgo de dependencia, que los ancianos que toman mayor número de fármacos tienen mayor riesgo de dependencia, siendo 4,7 veces mayor el riesgo de dependencia a los que toman más de dos fármacos y los ancianos que tienen un sueño más irregular e inquieto tienen 4,8 veces más riesgo de dependencia.

	OR	IC 95%	p valor
Sexo (ref: mujer)	3,056	(1,2; 7,8)	0,02
Edad (2001)	1,231	(1,1; 1,4)	<0,001
Ve a sus familiares (tan a menudo como quisiera)	0,243	(0,1; 0,6)	0,004
Alguien comprueba su estado*	0,525	(0,2; 1,3)	0,145
Necesita que alguien compruebe su estado*	0,813	(0,3; 1,9)	0,642
Cree que necesita participar en actividades de grupo*	0,426	(0,2; 1,1)	0,078
Mantiene el equilibrio (verdadero)	0,292	(0,1; 0,7)	0,01
Cantidad de medicamentos	1,489	(1,1; 1,9)	0,004
Medicamentos (más de 2)	4,659	(1,8; 11,9)	0,001
Sueño irregular e inquieto (verdadero)	4,773	(1,9; 12)	0,001
Se siente débil*	1,959	(0,8; 4,8)	0,138
Encuentra la vida interesante	0,536	(0,1; 2,4)	0,422
Número de veces al médico en últimos 6 meses	1,104	(0,9; 1,2)	0,127
Recibe cuidados de enfermería*	0,655	(0,2; 2)	0,457
Necesita cuidados de enfermería*	0,696	(0,2; 2)	0,504
Necesita ayuda económica*	1,796	(0,7; 4,3)	0,186

Tabla XXXVI. Regresión logística univariante. Variable predictora: Índice de Katz 2009. * Categoría de referencia: si

Al realizar el análisis de regresión logística multivariante fuimos introduciendo las variables estadísticamente significativas encontradas en el univariante y las de interés clínico, eliminando las variables que presentaban una gran dispersión en los IC.

Así observamos que a mayor edad mayor riesgo de dependencia, a mayor numero de fármacos que toman las personas mayores mayor riesgo de dependencia y los ancianos que encuentran su vida rutinaria o aburrida tienen 3,8 veces más riesgo de dependencia.

	<u>OR</u>	<u>IC 95%</u>	<u>p valor</u>
Edad2001	1,221	(1,1; 1,4)	0,002
Número de fármacos	1,453	(1,1; 2)	0,026
Encuentra la vida interesante	0,264	(0,1; 0,8)	0,023
Ve a sus familiares	0,368	(0,1; 1,2)	0,104

Tabla XXXVII. Regresión logística multivariante. Variable predictora: Índice de Katz 2009.

Posteriormente tomamos las variables relacionadas con la salud física, salud mental, apoyo social e invalidez, posibles predictoras de dependencia, tanto del año 2001 como las del 2009 y vimos qué variación había entre ellas, recodificándolas en "no hubo cambio" y "si hubo empeoramiento o mejora" en este periodo de tiempo que se realizó el estudio, comparándolas con el índice de Katz del 2009.

Observamos una asociación significativa entre los ancianos que presentan un empeoramiento en tener alguien en quien confiar ya que el 90% de los que empeoran se hacen dependientes, esto ocurre también en el 94,1% de los que empeoraron aumentando los días que estuvieron enfermos en los últimos 6 meses, el 100% de los que empeoraban en sentir necesidad de supervisión, el 84,2% de los que empeoran en el uso del bastón teniendo que utilizarlo más, casi el 77% de los que dejaron de hacer deporte, el 100% de los que empeoraron en recibir ayuda para cuidados personales y el 100% de los que empeoraron en la necesidad de más

cuidados personales, todos ellos acabaron haciéndose dependientes a lo largo de los ocho años que duró la investigación (Tabla XXXVIII).

	INDEPENDIENTE PARA AVD	DEPENDIENTE PARA AVD	<u>p valor</u>
ALGUIEN EN QUIEN CONFIAR			0,004
No cambia	61,3% (49,6; 73,1)	38,7% (27; 50,3)	
Empeora	10% (0,2;44,5)	90% (55,5; 99,7)	
DÍAS ENFERMO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES			<0,001
No cambia	74,2% (62,5; 85,9)	25,8% (14,2; 37,5)	
Empeora	5,9% (0,1; 28,7)	94,1% (71,3; 99,8)	
ALGUIEN ESTÁ CON USTED 24 HORAS			<0,001
No cambia	70,1% (58,4; 81,8)	29,9% (18,1; 41,5)	
Mejora	0% (0; 21,8)	100% (78,2; 100)	
SIENTE NECESIDAD DE SUPERVISION			<0,001
No cambia	66,2% (54,5; 77,9)	33,8% (22,1; 45,5)	
Empeora	0% (0; 26,5)	100% (73,5; 100)	
USO DE BASTON			<0,001
No cambia	71% (58,9; 83,1)	29% (16,9; 41,1)	
Empeora	15,8% (3,4; 39,6)	84,2% (60,4; 96,6)	
RECIBE AYUDA PARA CUIDADOS PERSONALES			<0,001
No cambia	72,3% (60,7;83,9)	27,7% (16,1; 39,3)	
Empeora	0% (0; 16,8)	100% (83,1; 100)	
NECESITA ESOS CUIDADOS PERSONALES			<0,001
No cambia	63,8% (51,7;75,8)	36,2% (24,2; 48,3)	
Empeora	0% (0; 24,7)	100 % (75,3; 100)	

Tabla XXXVIII. Analisis univariante de las distintas variables con el indice de Katz 2009.

En el análisis de regresión logística univariante se encontró relación estadísticamente significativa entre: los que mejoran encontrando su vida diaria interesante, teniendo 2 veces más riesgo de dependencia, los que mejoran en sentirse inútil tienen también 2 veces más riesgo de dependencia, los que tienen que usar dentadura postiza tienen 4,5 veces más riesgo, los que dejan de hacer deportes tienen casi 6 veces más riesgo, los ancianos que sienten que necesitan más cuidados de enfermería tienen 3 veces más riesgo y los que tienen ayuda para la preparación de la comida que tienen 1,6 veces mayor riesgo de dependencia que aquellos que no tienen cambios en esta ayuda (Tabla XXXIX)

	OR	IC 95%	p valor
Cambio en salud mental vida diaria interesante (mejora)	2,049	(1,1; 3,7)	0,019
Cambio en se siente inútil (mejora)	1,921	(1,1; 3,5)	0,035
Cambio en como está de oído (empeora)	2,187	(0,9; 5,4)	0,091
Cambio en dentaduras (empeora)	4,582	(1,4; 14,7)	0,01
Cambio en deportes (empeora)	5,867	(1,5; 23,3)	0,012
Cambio en siente que necesita estos cuidados enfermería (empeora)	3,058	(1,1; 8,1)	0,024
Cambio en necesita que alguien compruebe su estado (empeora)	2,639	(0,8; 8,2)	0,093
Cambio en alguien le prepara la comida (mejora)	1,628	(1,1; 2,6)	0,04
Cambio en cree que necesita que alguien le prepare la comida (empeora)	2,262	(0,9; 5,6)	0,077

Tabla XXXIX. Regresión logística univariante. Variable predictora: Índice de Katz 2009 .

Al realizar el análisis de regresión logística multivariante fuimos introduciendo las variables estadísticamente significativas encontradas en el univariante y las de interés clínico, que pudieran incluirse en un modelo óptimo, eliminando las variables que presentaban una gran dispersión en los IC.

Encontramos que las personas mayores que empeoraron en la audición tienen 3 veces mayor riesgo de dependencia, las que empeoran en la dentición, teniendo que utilizar dentadura, tienen 4 veces mayor riesgo de dependencia y las que empeoran en sentir la necesidad de tener cuidados de enfermería tienen 2,8 veces más riesgo, aunque esta última no sea significativa (Tabla XL)

	OR	IC 95%	p valor
Alguien le Prepara la comida (mejora)	2,081	(0,7; 6,1)	0,183
Como está de oído (empeora)	3,023	(1,1; 8,7)	0,04
Siente que necesita estos cuidados enfermería (empeora)	2,828	(0,9; 8,6)	0,068
Uso de dentaduras (empeora)	4,208	(1,1; 16,3)	0,037

Tabla XL. Regresión logística multivariante. Variable predictora: Índice de Katz 2009.

La representación gráfica de los modelos de regresión múltiple de las diversas áreas de puntuación de deterioro funcional se encuentra en el anexo A10.





V.- DISCUSIÓN



La relevancia de este trabajo de investigación estriba en que no es común el seguimiento temporal de una cohorte de personas mayores en un periodo relativamente largo. Las conclusiones extraídas permiten identificar las áreas de mayor deterioro así como su aparición temporal. Es el primero también en realizar también un seguimiento a ocho años de una cohorte de ancianos utilizando el instrumento de valoración multidimensional "The Olders Americans Resources and Services Program-Multidimensional Functional Assessment Questionnaire" (OARS-MFAQ) ¹²³, como en el inicio de esta línea de investigación.

Actualmente ⁷³ existen tres estudios internacionales longitudinales activos sobre el envejecimiento, HRS ¹³, SHARE ¹¹ y ELSA ¹⁴ que junto con el español ELES ^{76,77}, están evaluando periódicamente cada dos años poblaciones de personas mayores de 50 años analizando datos sobre salud, situaciones económicas, red social y jubilación, por lo que van mostrando diversas características y factores asociados al envejecimiento. Nuestro estudio no tiene el tamaño muestral de los estudios comentados pero constituye, por su periodo relativamente largo, de ocho años y la evaluación funcional multidimensional junto a la valoración de los distintos factores asociados a la calidad de vida, discapacidad y dependencia, un trabajo de investigación llamativo. Hay que tener en cuenta que estudios longitudinales más pequeños, también son importantes para aportar contribuciones metodológicamente rigurosas sobre el desarrollo de síndromes geriátricos o de otros problemas específicos, con el valor añadido de que su coste es mucho menor ¹³⁵.

Sí bien es verdad el tamaño muestral pequeño de nuestra cohorte limita el poder extrapolar nuestros resultados a la población general. Pero ésta es una de las limitaciones de estudios en poblaciones de este tipo, por la reducción progresiva de la muestra durante el seguimiento con la pérdida a menudo, de aquellos participantes que tienen niveles más altos de factores de riesgo ¹³⁵, y en nuestro caso de una edad elevada.

Recalamos la idea de la pertinencia y el impulso en realizar investigaciones de tipo longitudinal con objeto de profundizar en las causas de los procesos ligados al tiempo y a los efectos de las cohortes, especialmente interesantes en el estudio del envejecimiento. Hay que tener en cuenta otro aspecto clave que hace a los estudios longitudinales determinantes y que es su utilidad en el diseño de estudios de

intervención controlados y aleatorizados, de los cuales a menudo los ancianos siguen quedando excluidos ¹³⁵.

Planteamiento del estudio

Este trabajo tiene como principal objetivo investigar las posibles modificaciones en la valoración funcional multidimensional de una cohorte de ancianos.

Nos centramos también en los diferentes cambios en las áreas funcionales así como en la evolución en la utilización de los recursos, lo que resulta fundamental para orientar y dirigir las políticas sanitarias y de los servicios sociales, teniendo en cuenta que se calcula que, de mantenerse las políticas actuales, el gasto público derivado del envejecimiento de la población va a aumentar en la Unión Europea, de aquí a 2060, en una media de, aproximadamente, 4,75 puntos porcentuales del Producto Interior Bruto (PIB), especialmente en concepto de pensiones, asistencia sanitaria y cuidados de larga duración. Esta preocupación por el gasto, sobre todo en atención médica, derivado del envejecimiento la encontramos también en países como Estados Unidos ¹⁴⁶. Ese aumento va a ser más acentuado en el sector asistencial debido a la disminución e insuficiente mano de obra ⁴. Los gastos de atención pública a largo plazo representaron de promedio en los países de la OCDE el 1,2% del PIB en 2008 y se espera que posiblemente lleguen al menos al doble y al triple en 2050 ⁶⁸. Si no se aborda categóricamente esta transición demográfica, surgirán problemas considerables para la viabilidad financiera de los sistemas de asistencia sanitaria y dependencia.

Material y métodos

Análisis de la muestra y de las pérdidas durante el estudio

Como se expuso anteriormente, en este estudio partimos de una cohorte de 150 ancianos no institucionalizados que fueron evaluados mediante el cuestionario OARS-MFAQ para conocer su nivel de calidad de vida. Escogimos un modelo de cohortes porque este tipo de diseño tiene un poder de demostración de causalidad mayor ¹³⁴, ya que los estudios de cohortes se consideran el estándar oro de los

análisis de los cambios relacionados con la edad en el funcionamiento humano y la aparición de discapacidad a nivel individual ¹⁴⁷.

Pasados ocho años desde el inicio del estudio, se analizaron 88 pacientes de los 150 iniciales. Hubo 22 pérdidas (14,6%), 9 fueron por negativa que puede ser debido a que a mayor edad mayor desconfianza, es conocido que los porcentajes de respuesta en los estudios epidemiológicos disminuyen con la edad ¹⁴⁸. Otras 5 fueron por institucionalización, 4 residían fuera y 4 fueron ilocalizables; en estos dos últimos grupos, aunque fueron pocos, probablemente se deba al fenómeno del anciano golondrina, que son aquellos que pasan determinados periodos del año con diferentes hijos ¹⁴⁹. Las causas de las pérdidas se distribuyen de forma similar entre sexos. Dado el bajo número de pérdidas, no se realiza análisis estadístico comparativo con los pacientes que permanecieron en el estudio.

Análisis de mortalidad

Respecto a las variables predictoras de deterioro funcional y dependencia que influyen en la aparición de mortalidad, lógicamente la edad juega un papel principal y observamos en nuestra cohorte que tiene una elevada edad, una mortalidad a los ocho años de seguimiento del 26,6% (40 ancianos), encontrando en el análisis de supervivencia un mayor riesgo de mortalidad en los pacientes de mayor edad, confirmando así lo que ya ha mostrado el estudio Envejecer en Leganés donde la mortalidad a los ocho años fue del 30,8%, superior a la nuestra. En otros estudios es inferior, como el estudio OCTABAIX ⁸¹ que fue del 17,3% pero a los tres años de seguimiento, el estudio FRADEA ^{79,78} con 10,6% al año y medio, y la del estudio TILDA ⁷⁴, del 10,8%, pero a los 2 años de seguimiento y teniendo en cuenta que el estudio se realizó con mayores de 50 años.

También encontramos en nuestros ancianos mayor riesgo de mortalidad en los que no vivían en pareja, los más dependientes y cuanto más deterioro mostraban en las áreas de salud física, mental y de recursos económicos y sobre todo de deterioro en las AVD precisando ayuda continua para la realización de las mismas. Resultados similares se observan en el estudio de Fernández Merino et al y de Avlund et al ^{150,151}. La discapacidad, después de la edad, constituye el mayor predictor para padecer eventos y tener un curso adverso de salud a nivel individual y

poblacional ¹⁵². La alteración de la funcionalidad puede deberse a un deterioro en áreas concretas (física, mental o social), y se trata de evitar este deterioro como objetivo final en prácticamente todas las actuaciones críticas en ancianos ^{153,154}. Las mejoras socioeconómicas, sanitarias y culturales de nuestro país y de los países desarrollados en los últimos 60 años están produciendo un cambio en la tipología de las personas mayores, con una disminución de prevalencia de discapacidad y una necesidad de permanecer autónomo hasta edades muy avanzadas, con cambios en los estilos de vida y aficiones. Es por ello que pensamos que la prevención primaria de la discapacidad es una prioridad que debe abordarse desde la identificación de sujetos en riesgo o en estadios precoces de la misma ^{79,155}.

Del instrumento de medida

La comparación de resultados en los estudios sobre personas mayores plantea dificultades en su comparación por los diferentes grupos de edad que se consideran, y las distintas escalas de valoración de la autonomía utilizadas ⁴⁹.

El tiempo empleado en la realización de las encuestas se encuentra en el promedio que se señala en el manual de uso del instrumento (Anexo A7). Al tener un solo encuestador, el psicólogo que trabajaba en los Servicios Sociales del Ayuntamiento, con formación competente para la realización de las encuestas, hemos evitado el sesgo interobservador con lo cual tenemos la validez interna adecuada asegurada al ser sólo una persona. Como complemento a su formación académica se utilizó el propio manual del OARS y grabaciones de vídeo. Este medio constituye en sí mismo una herramienta con mayor potencialidad en la formación de encuestadores y cada vez se utiliza más en la formación de médicos y profesionales sanitarios, para dotarlos de las habilidades precisas en el área de la entrevista clínica. El instrumento, en su definición, se abre a la posibilidad de ser utilizado por diversos profesionales y en nuestro país se ha utilizado por médicos y diplomados universitarios en enfermería (DUE) ^{124,156}.

A lo largo de las entrevistas, nuestro encuestador, fue dominando progresivamente el instrumento lo que le permitió reducir mucho el tiempo de duración de las mismas desde las primeras a las últimas, siendo de unos 45 minutos como media. Es pues, un instrumento útil para realizar diagnósticos multidimensionales poblacionales

sobre calidad de vida, para evaluar las modificaciones que se producen a lo largo de los años y para encontrar posibles factores predictores de discapacidad y con ello de calidad de vida. Estos trabajos de investigación nos podrían ser útiles para orientar políticas sanitarias que destinen los recursos necesarios con el objetivo de mantener una calidad de vida digna de nuestros mayores lo que por otra parte repercute positivamente en el gasto en recursos sanitarios y del PIB de los países, como se ha referido antes.

Aunque es difícil el poder utilizar este instrumento de valoración multifuncional en nuestra consulta de forma rutinaria, sí creemos que podría ser utilizado por los servicios sociales o por personal sanitario como herramienta diagnóstica y de orientación para la toma de decisiones.

Resultados

Encuesta OARS. Cohorte de la ciudad de Ourense

Encontramos un deterioro significativo en estos ocho años, al comparar con el cuestionario preliminar SPMQS^{97,157} para despistaje del deterioro cognitivo del anciano, observando una disminución importante de los que tenían una función intelectual normal y un aumento del grave, siendo las mujeres las que presentan mayor número de errores. Este deterioro cognitivo con la edad es observado también en el estudio inglés ELSA¹⁴. Valores como el 17,2% del deterioro grave son muy superiores a los encontrados en otros estudios de carácter transversal^{158,159,160}. Aunque a la hora de hacer las entrevistas nos encontramos con personas con errores mayores de 4, que serían indicación de deterioro y por lo tanto no evaluables, el entrevistador consideraba desde el punto de vista clínico y sobre todo desde la perspectiva investigadora del seguimiento de la cohorte, que era válido para ser entrevistado ayudado por la red de apoyo social que tenían bien constituida, con lo cual no se excluyó ningún anciano por este motivo.

Características sociodemográficas

La edad media de la cohorte al final del estudio fue de 80,9 años con una diferencia mayor en las mujeres debido a la mayor longevidad del sexo femenino¹⁶¹. Se

produjo un aumento importante en el porcentaje de las personas mayores de 80 años, ya que fue de un 54,5%, frente al del inicio del estudio, que es lógico ya que nuestra cohorte ya tenía una edad media de 73,3 años en el año 2001, por lo tanto no es comparable con el 7,6% ni el 11% de la población mayor de 80 años de Galicia y Ourense respectivamente en el año 2013 ¹⁶².

Se observa una leve variación en el nivel de estudios con mejoría, probablemente al aumento de recursos sociales sobre todo de formación incluyendo el programa de mayores que se viene desarrollando, desde el año 2001, en la universidad y busca potenciar una participación más activa de las personas mayores en la sociedad, dentro de los programas de “envejecimiento activo”, que está teniendo gran acogida entre las personas mayores de la ciudad de Ourense ¹⁶³.

Señalar que hay un bajo porcentaje de analfabetismo a pesar de la edad en nuestra cohorte, y probablemente sea por el origen no rural de la misma teniendo en cuenta que en su mayoría fueron niños en el periodo pre y post guerra civil. Según Eurostat, la población de 65 o más años de España que tenía un nivel de instrucción inferior al primer ciclo de enseñanza secundaria, en el año 2012, alcanzaba el 84,3%, mientras que la media de la UE-27 era del 57,5% ¹⁶⁴. En España, en ese mismo año, el 69,3% del sector de personas mayores de 65 años sólo tenía estudios primarios; eran analfabetos el 7,2%, una cifra que es del 0,1% en el sector de 16 a 64 años ¹⁶⁵. Hemos encontrado trabajos en los que se refiere que el nivel educativo alcanzado en la infancia es la variable que más fuertemente predice el funcionamiento cognitivo en la vida adulta, incluso tras controlar el efecto de otras variables como la edad y el sexo ^{77,166} y en el estudio piloto del proyecto de investigación ELES ⁷⁷ se ha observado que los años de educación recibidos están relacionados con un mejor funcionamiento cognitivo. Sin embargo también encontramos en un estudio longitudinal a tres años y medio que personas con enfermedad de Alzheimer y con estudios superiores, muestran un deterioro cognitivo más rápido que los de menor nivel educativo ¹⁶⁷, pero ya tienen la enfermedad establecida. En el estudio longitudinal europeo sobre el envejecimiento SHARE ¹¹ se encontró que las personas mayores con niveles de educación más bajos tienen un 70% más de probabilidades de estar inactivos físicamente y un 50% más de probabilidades de ser obesos que los individuos con más años de educación.

Observamos mayor proporción de ancianas viudas con respecto al año 2001, lo que concuerda con el análisis que realiza Banks et al de los datos del estudio ELSA ¹⁴ y el de Lozano Yagüe ¹⁰², aunque el estado civil mayoritario sea el de casadas, al igual que los hombres. Al cabo de los ocho años no encontramos ningún hombre viviendo solo, y se produjo un leve incremento en las mujeres que sí lo están. Esa situación también se observó en el estudio ELSA, donde el porcentaje de mujeres que se volvió a casar de nuevo disminuyó con la edad ¹⁴. La soledad de las personas mayores viene acompañada, en bastantes ocasiones, con las *situaciones de viudedad* en que se encuentran. Según la Encuesta de Población Activa del 4º trimestre de 2013 del INE ¹⁶⁸, en España existían en la fecha de la Encuesta 2.324.200 personas de 65 y más años (404.800 hombres y 1.919.400 mujeres) que estaban viudos o viudas. En términos relativos, el estado civil del 28,58% de la población de 65 y más años era el de viudedad. La proporción era sensiblemente superior en las mujeres en relación con los hombres, pues aquéllas representaban el 82,58% del total de personas viudas con edades de 65 o más años ⁵.

MFAQ. Multidimensional Functional Assesment Questionnaire

Recursos sociales. Red social

Las personas mayores desean mantenerse en su hogar antes que mudarse a vivir con sus familiares, lo cual supone que, al llegar la viudedad, prefieren vivir en solitario. Es la alternativa que más les garantiza: sentirse libres, independientes y autónomas con respecto a sus descendientes. Constituye predilección prioritaria de las personas mayores *vivir en su entorno habitual, en su propio domicilio*, mientras lo deseen y les sea posible hacerlo, con el mayor grado de bienestar ¹⁶⁹. De hecho las personas que viven en la comunidad tienen mayor calidad de vida relacionada con la salud que las personas institucionalizadas, sobre todo en la función física ¹⁷⁰. En otras palabras, quieren *envejecer en casa*; el 87,3% de las personas mayores prefiere vivir en su casa, aunque sea solo ¹⁷¹.

Al final de nuestro estudio encontramos que un 13,9% de los encuestados vivía solo y el conviviente que se observa en primer lugar es la pareja, porcentajes, ambos similares al inicio del estudio pero sin embargo este último porcentaje se redujo

significativamente en incremento de otros familiares. La vida en pareja tiene una influencia directa en la calidad de vida y en las relaciones sociales como se observa en nuestro estudio donde los casados o que viven en pareja mejoran en esta área de contactos sociales al cabo de los ocho años, factor que se observa también en el estudio ELSA ¹⁴ donde se asociaba con mayores niveles de participación social y ciudadana y un mayor aumento de las redes sociales y ocurría más con las personas mayores que tenían mayor riqueza. Con respecto a la vida en pareja, la mayor longevidad, sobre todo, de las mujeres favorece el bienestar de su cónyuge, que recibe de la mujer incluso la asistencia de cuidados en caso de necesidad, situación que aminora las posibilidades de vulnerabilidad, como la pobreza o la exclusión social. Según se refiere en el documento de propuestas para el desarrollo de las orientaciones del consejo de la Unión Europea relativas a las personas mayores del año 2014 un 63,5% de las personas mayores *desea ser cuidado en su domicilio y por alguien de la familia* ⁵. Sin embargo, en el período transcurrido entre el año 1993 y el momento actual, el deseo de ser cuidado por la familia ha descendido entre las mujeres en dieciséis puntos porcentuales: el 78% lo prefería en 1993 y el 62% en la actualidad ⁵. El hábitat rural y el grupo de edad de más 80 años incrementan positivamente esta opción. Ya en el barómetro del CIS de septiembre de 2010 ¹⁷², una de las preguntas solicitaba a los encuestados una valoración numérica (desde “completamente insatisfecho” [0-1] a “completamente satisfecho” [9-10]) de la vida y las relaciones familiares. El 56,4% de los encuestados de 65 o más años de edad declararon sentirse completamente satisfechos y un 31,2%, refirieron sentirse bastante satisfechos, estos datos son similares a los encontrados en nuestro estudio ya que un 73,2% ve a sus familiares tanto como quisiera. Esta encuesta del CIS también refleja que un 88,6% de esas mismas personas tienen una alta confianza en que, si necesitaran ayuda, sus familiares podrían ofrecérsela y este porcentaje es muy similar al encontrado en nuestra cohorte tanto al inicio como al final manteniéndose la confianza en sus familiares a lo largo del periodo en torno al 89%. De hecho, la familia es la fuente de ayuda en la que más confían. *Las personas mayores son el grupo de edad que con más frecuencia se siente cómodo, a gusto, con su familia, y este apoyo familiar es el principal factor pronóstico de que las personas mayores permanezcan en su comunidad de residencia* ¹⁷³.

En la evaluación de los recursos sociales encontramos que la sensación de soledad aumento ligeramente a lo largo del periodo de estudio, mayoritariamente en mujeres, aunque se observa, al final del estudio, un aumento del contacto con personas diferentes a las que convive, sobre todo a diario y más veces a la semana. No se observó diferencia en el porcentaje de ancianos que se encontraban en aislamiento social con respecto al inicio. En la literatura consultada encontramos que el aislamiento social o la falta de apoyo de red social en los ancianos están relacionados con una mayor morbilidad cardiovascular ^{174,175}.

El número de personas que viven solas es uno de los predictores de incremento de la demanda de recursos sociales (actualmente este índice en España es de los más bajos de la Europa occidental ²⁹) al igual que el aumento de edad. Es la red social y la disponibilidad de los recursos sociales lo que condiciona que el anciano permanezca más tiempo en su hogar, y también encontramos en la literatura consultada la relación potencialmente importante entre los factores psicosociales y el rendimiento cognitivo en los mayores que previene la institucionalización ¹⁷⁶. Según el estudio de Tobella et al existe una elevada prevalencia de personas mayores en riesgo social que aumenta con la edad y que varía según los instrumentos de medida utilizados, desde un 15,3% hasta un 52,4% ¹⁷⁷, en nuestro estudio se situó en un 10,3% el porcentaje de personas sin posibilidad de apoyo en situaciones de emergencia es, pues, un colectivo que precisará mayor uso de los recursos sociales, puesto que se encuentran en situación de indefensión ante la enfermedad, encontrándonos además, en nuestro trabajo, con una disminución significativa de las personas que estarían dispuestos a cuidarlos indefinidamente. Según el documento de propuestas para las personas mayores, citado anteriormente, en nuestro país el tema de la soledad de las personas mayores probablemente esté a la cabeza de las cuestiones relacionadas con el envejecimiento a las que se ha prestado atención. Sin embargo, ni se ha intentado hacer un esfuerzo definitivo y coordinado al respecto, ni se ha recapitulado el conocimiento con el que contamos, ni se sabe qué intervenciones son las que mejor funcionan. Sería necesario, de una vez por todas, un esfuerzo inter-ministerial al respecto, quizá en forma de campaña pública, pero no una campaña en medios de comunicación sino en términos de la agenda política de departamentos que se ocupan de salud, servicios sociales, educación, economía, vivienda y transporte. Dicho documento refiere también que hay que reorientar la

provisión de recursos hacia la disminución del riesgo de los efectos adversos de la pérdida de autonomía inherente al envejecimiento especialmente en los mayores de 80 años ⁵.

Este trabajo de Tobella et al indica que el riesgo social se ve incrementado por el hecho de ser mujer en 3,5 veces, probablemente debido a que sobreviven más que los hombres lo que supone mayores discapacidades, precisando así más utilización de recursos sociales. Este incremento en la utilización de este tipo de recursos por parte de la mujer al cabo del tiempo también se constata en nuestro estudio: vivir solo, incrementa el riesgo social en 6 veces. Otros factores relacionados con ese aumento serían el deterioro de las AVDI y la peor autopercepción de la salud y, obviamente la problemática económica ¹⁷⁷.

Recursos económicos

En el contexto actual, en algunos países de la UE, es cada vez más difícil para las personas mayores el acceder a cuidados de calidad asequibles, especialmente cuando se imponen recortes presupuestarios que no permiten mejorar la calidad del sistema de atención y su eficiencia.

Al menos hasta el inicio de la crisis actual, en 2008, la renta ajustada de los hogares donde vivían personas mayores era casi un 20% más baja que la del conjunto de la población. La crisis actual ha permitido un mayor acercamiento de la renta media ajustada de los hogares con mayores a los valores medios e, incluso, en algunos segmentos, superarla. No obstante lo anterior, hay que tener en cuenta la diferencia interna que se produce en los hogares de personas mayores en función del régimen de cotización, del género y de la edad ⁵.

En nuestro estudio tanto al inicio como al final se observa que casi el 53% vive con una pensión de 600 o menos euros al mes, siguen teniendo casa en propiedad un porcentaje muy alto (88%), porcentaje similar al encontrado en el estudio HRS ¹⁷⁸ y la totalidad de ellos refiere que su casa es digna como al inicio del estudio, estas altas tasas de vivienda en propiedad registradas sobre todo en los países del sur de Europa ayudan a reducir los efectos de la pobreza en estos países; de la misma forma, vivir con los hijos protege contra la pobreza, y no solo en los países

mediterráneos sino también en Alemania, como se observó en el estudio europeo SHARE ¹¹.

Atendiendo a la *economía de los hogares con personas mayores que viven solas*, se sabe que actualmente son más pobres que los hogares de personas mayores que viven en pareja y, con la crisis, los hogares de personas con todos sus activos en paro que viven con una persona mayor de 65 años se han duplicado entre 2007 y 2010, pasando del 4% a casi el 8%; o, dicho de otra manera, en el 20% de los hogares en desempleo habita una persona mayor de 65 años ⁵. Esta situación se da igualmente en nuestro trabajo donde las personas mayores divorciadas, al cabo de los ocho años de estudio, mostraban un empeoramiento de su situación económica al igual que ocurrió con el paso de los años en el estudio ELSA ¹⁴. Por lo tanto, pensamos que se debería prestar más atención a estos grupos de ancianos que por su situación civil tienden al aislamiento, ayudado por un nivel económico más bajo.

Cuando se les ha preguntado si sus ingresos cubren sus necesidades, encontramos diferencias significativas respecto al inicio del estudio al aumentar la opción "escasamente" frente a la disminución de los que responden "medianamente", lo que se explica por la situación de crisis que ya se estaba desarrollando, al ser en muchos casos el único ingreso en la familia y asumir el cuidado de hijos y/o nietos. En el estudio europeo SHARE se observó que alrededor de un tercio de las personas de 65 y más años ayudan a otros o cuidan de sus nietos a diario, destinando de media 4,6 horas al día a dichas actividades. Se identificaron transferencias monetarias entre generaciones como fuente importante de renta para el hogar, aunque la dirección de dichas transferencias varía entre áreas o países, pues los padres dan en los países del norte de Europa mientras que los hijos dan en el sur ¹¹. Esto se agrava en nuestra comunidad autónoma donde seguimos teniendo una pensión media para los jubilados la segunda más baja de España, siendo la más baja de todas la de Extremadura ¹⁷⁹.

Muy relacionada con la pregunta de la necesidad de si los ingresos cubren sus necesidades, se encuentra la de si poseía suficientes recursos para afrontar las necesidades futuras y, en consonancia con la anterior, se produce una importante disminución, aunque no fuera significativa, a la respuesta en sentido afirmativo. Nos confirma la situación de debilidad económica sentida por los ancianos en estos ocho

años de estudio. Debemos tener en cuenta que, la prolongación en el tiempo de la duración de la crisis económica, afecta a los ingresos de las personas mayores y hace peligrar los avances logrados en la reducción de la pobreza.

Resulta, a su vez, interesante la necesidad de ayuda económica, de tal modo que los que creen que necesitan ayuda económica han aumentado sus recursos en el periodo estudiado, lo que puede resultar en cierto modo paradójico, ya que a mayor cantidad de recursos económicos posibles se genera más necesidad de los mismos. En el estudio HRS ¹⁸⁰, encontramos que los gastos disminuyen a medida que la gente envejece tanto los relacionados con el hogar y los del transporte, manteniéndose el mismo presupuesto a pesar de la mayor edad de los ancianos en los gastos para el entretenimiento, para la comida y ropa y produciéndose un aumento del doble en los gastos relacionados con la salud. También en el estudio ELSA ¹⁴ disminuyen los gastos con la edad pero sin embargo aumenta el porcentaje de personas mayores que declaran tener más necesidades económicas sobre todo las de más de 70 años, como ocurre en nuestro estudio, respecto a los de más de 50 años. En la comparativa de estos dos estudios con el europeo SHARE ¹¹, se encontró que los ancianos de países con mayor riqueza experimentan más años libres de incapacidad y se observa sólo un aumento de la misma en edades avanzadas.

La *erradicación de la pobreza extrema* debería ser un objetivo prioritario; su coste adicional es asumible dado su bajo porcentaje (2% de los hogares con personas mayores de 65 años). Esta es una propuesta del documento del Ministerio de Sanidad que hemos citado con anterioridad ⁵.

Salud mental

Destacar primeramente la disminución en el porcentaje que se produce al final del periodo estudiado de la puntuación superior a cinco en el SPES, que es indicativa de despistaje de patología psiquiátrica. Esto va un poco en contradicción con el trabajo de García Serrano et al, que nos muestran cómo este porcentaje aumenta con los años ¹⁸¹. Aunque otros evidencian una disminución con la edad como el de Smith et al ¹⁸², aunque el 23,7% observado, continua siendo un valor a considerar, dado que en los ancianos es necesario integrar los servicios de salud mental a largo plazo por

la gran cantidad de patología psiquiátrica en el anciano que no es diagnosticada. Así la depresión está normalmente infradiagnosticada porque suelen tener una presentación clínica diferente que en las personas jóvenes y, además, no suele estar tratada adecuadamente; lo que produce una disminución del bienestar y un aumento de mortalidad al cabo incluso de un año ^{183,184}. En el estudio SHARE se observó que las personas mayores de los países con rentas más bajas y menor riqueza sufren depresión más frecuentemente, particularmente en el norte de Europa ¹¹.

Uno de los principales síntomas de la depresión es la queja subjetiva de memoria u olvido en ausencia de déficit objetivo y estas quejas están fuertemente asociadas a una disminución de la calidad de vida de las personas mayores ¹⁸⁵. Ellas lo experimentan como un problema grave en su vida por lo cual, a los profesionales sanitarios corresponde reconocer estos olvidos subjetivos de nuestros mayores y realizar intervenciones para reducir estos problemas y consecuentemente mejorar su calidad de vida.

Como afirma el Consejo de Personas Mayores del Principado de Asturias y la Consejería de Asuntos Sociales de esta comunidad, los medios de difusión deberían de transmitir y promover noticias e imágenes en los que se destaquen la sabiduría, los puntos fuertes, las aportaciones, el valor y la inventiva de las personas mayores. Así como la promoción del papel que corresponde a las personas de edad en las estrategias de desarrollo, incluso en zonas rurales, evitando estereotipos asociados al envejecimiento como pérdida de facultades, soledad, de ser un colectivo improductivo o inútil ¹⁸⁶.

En el SPES, las afirmaciones resaltadas, que por sí mismas indican una alteración del estado de ánimo no muestran diferencias en porcentajes finales-iniciales significativas, aunque destaca un empeoramiento importante en la dificultad para mantener el equilibrio, que por otra parte se muestra dentro de lo normal con el paso de los años, sobre todo si se disminuye la actividad física o se está imposibilitado para la misma por la morbilidad asociada. Este empeoramiento en la estabilidad también se refleja en el estudio americano HRS ¹¹.

Haciendo una visión general de las preguntas relacionadas con la salud mental como la satisfacción con la vida, cómo encuentra su vida o la preocupación por las cosas, observamos una mejoría al final del periodo estudiado en las respuestas más

positivas, e incluso en la valoración de la salud mental. Aparece una reducción significativa en los porcentajes extremos de mala y excelente en beneficio de buena y regular. Similarmente, en el estudio ELSA ¹⁴ se encuentra a lo largo del tiempo estudiado que mientras aumenta la prevalencia con la edad para otras enfermedades crónicas, en la depresión se produce la tendencia opuesta, coincidiendo con nuestro estudio, por disminuir su aparición con el envejecimiento ¹⁴. Una posible explicación podría ser que el anciano, con el tiempo, aprende a valorar los acontecimientos vitales que le pudieran suceder a lo largo de los años como algo positivo y de crecimiento personal ¹⁸⁷; incluso se han diseñado y validado escalas de evaluación del impacto psicológico de sucesos vitales ocurridos a lo largo de la vida como se refleja en la investigación de Fernández- Fernández et al ¹⁸⁸. Este impacto se refleja en forma de dos tipos de mecanismos, uno disfuncional, como es el pensamiento rumiativo y otro funcional, como es el crecimiento personal. El trabajo de Paez et al ¹⁸⁹ ha apuntado que el crecimiento personal asociado a episodios vitales es un elemento relevante a la hora de encontrar efectos positivos de las experiencias vitales negativas, por ello, tanto Paez como Fernández, sugieren partir del resultado de sus estudios que, tanto desde una perspectiva de prevención como de intervención, una línea principal de acción en gerontología ha de ser explorar el afrontamiento de las pérdidas asociadas a episodios vitales, la posible falta de aceptación de las mismas por parte de las personas mayores y las consecuencias conductuales de dicha falta de aceptación.

Respecto a la salud mental observamos que a mayor edad mejor salud mental en comparación con el periodo previo. Esto puede resultar chocante, pero si lo analizamos en el contexto de nuestro estudio, la cohorte al final del periodo de seguimiento tiene casi el doble de proporción de mujeres cuyo estado civil es en mayor medida viudas, y unido al contexto sociodemográfico, se podría justificar este resultado. Otra de las posibles explicaciones sería simplemente por la teoría de la evolución, los ancianos que van quedando son los que están mejor; y una posible explicación más que estaría unida a la anterior primera, estaría relacionada con el hecho de que los sucesos vitales también pueden tener un impacto positivo en las personas ⁵⁶, en forma de aprendizaje o crecimiento personal, al igual que señala Erikson al decir que en la vejez pueden tener tanta importancia las experiencias vitales actuales como las pasadas, dado que, en este periodo evolutivo las personas

mayores se enfrentan a la necesidad de reflexionar sobre la propia vida y darle un sentido mediante la integración de todas las experiencias y de cómo cada uno ha podido manejarlas a lo largo de la vida ¹⁹⁰.

Al final de nuestro estudio encontramos que el contacto con la gente es importante. Nos indica que aquellas personas que mayor contacto tienen con personas que no viven con ellos, tienen una mejor salud mental con el paso del tiempo. Hay que tener en cuenta que a lo largo de la vejez suele producirse una cierta desvinculación entre el individuo y su contexto social y ello tiene consecuencias negativas tanto para el individuo como para la sociedad ⁶. Estos datos son también encontrados en el estudio americano HRS, pues se demostró que aquellas personas mayores con mayor red social y mayor contacto con las personas tuvieron menos pérdida de memoria en un periodo de seis años ¹⁹¹; también se observó que las personas con una percepción de mayor unión social vecinal tenían un 48% menor de riesgo de un accidente cerebrovascular aún después de tomarse en cuenta otros factores de riesgo, como otros problemas de salud ¹⁹².

Salud física

Al Centro de Salud es a donde siguen acudiendo mayoritariamente nuestros ancianos con un aumento porcentual en el año 2009 no significativo, al igual que se observa en la ENSE 2011 ¹⁹³. La media de visitas al médico, sin embargo, fue menor al final del estudio, pero pensamos que repercutió en el aumento de las visitas domiciliarias que se registraron, aunque tampoco es un porcentaje muy elevado (10%) dado el aumento de la morbilidad asociada con la edad. Las visitas domiciliarias han demostrado que disminuyen la mortalidad y la institucionalización de los ancianos ¹⁹⁴, pero para que esto pueda ser así, una visita domiciliaria adecuada, solo puede realizarse desde consultas no saturadas y con una estructura y tiempo precisos que garanticen su calidad, como se refleja en el proyecto AP-21 del Ministerio de Sanidad dentro del Marco Estratégico para la mejora de AP ¹⁹⁵.

Las personas mayores de 65 años suponían en el año 2013 alrededor del 42,5% de las altas hospitalarias ¹⁹⁶. Según el estudio sobre envejecimiento del CSIC las tasas de ingresos se duplican para la población mayor de 65 años, pero lo hacen de forma más adecuada que la población general, triplicándose en los mayores de 80 ¹⁹⁷. No

ocurre solo en España, sino en el resto de los países de nuestro entorno con idénticas características demográficas ²⁹; así, en nuestro estudio, el porcentaje de ingresos hospitalarios en los últimos seis meses previos a la realización de la encuesta fue del 10,1% frente al 3,8% registrado hace ocho años y se produjo también un aumento de los que estuvieron de uno a seis meses enfermos, estos resultados nuestros corroboran los datos del CSIC. Sería importante que posteriormente al ingreso, los ancianos y las personas que estuvieran con ellos, recibieran programas de apoyo para aprender habilidades de autocontrol que garanticen la satisfacción de sus necesidades y una recuperación funcional óptima durante la transición del hospital a casa. Supondrían un bajo coste y un, por contrapartida, menor número de reingresos hospitalarios, con el derivado ahorro sanitario; este tipo de intervenciones ya se han puesto en marcha en varios países con éxito ¹⁹⁸.

Los datos de las encuestas mundiales de salud de la OMS ¹⁹⁹, que abarcan a 18 países de ingresos bajos, muestran una baja cobertura del tratamiento del asma, la artritis, la angina de pecho, la diabetes y la depresión y de la detección del cáncer de cérvix y de mama, descuidándose las intervenciones de salud pública destinadas a eliminar los principales factores de riesgo de las enfermedades. Estas intervenciones pueden llegar a reducir las muertes prematuras en un 47% y aumentar la esperanza de vida sana a nivel mundial en 9,3 años. Se ha calculado, por ejemplo, que las muertes prematuras por cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y otras enfermedades atribuibles al tabaquismo pasarán de los 5,4 millones registrados en 2004 a 8,3 millones en 2030, cifra que representa casi un 10% de defunciones a nivel mundial y más del 80% de ellas tendrán lugar en países en desarrollo, a pesar de esto dos de cada tres países siguen sin contar con políticas de lucha contra el tabaco o sus políticas al respecto son muy limitadas.

En referencia al actual sistema sanitario español, Bengoa y Nuño, en su publicación "*Curar y cuidar*" ²⁰⁰ alertan sobre la necesidad de liderar un cambio en el sistema girando de una atención dirigida exclusivamente a la enfermedad aguda hacia los pacientes socio-sanitarios, donde las personas mayores y la gestión de la enfermedad crónica sean objeto de especial consideración.

No se reconoce lo suficiente que el aumento de las enfermedades crónicas y la salud de los adultos deben ocupar un lugar prioritario, y esto no será posible si no se hace mucho más hincapié en el establecimiento de continuum de atención integral.

Enfermedades, medicación e incapacidades.

Al final del estudio encontramos que el 61,7% de los ancianos tomaba más de dos medicamentos, aumento significativo con respecto al inicial. Esta cifra es superior a la reflejada en el estudio de Toledo de prevalencia en ancianos⁸⁹ también, con una media de tos, 3,4 medicamentos por persona, muy similar a la cantidad la reflejada por el estudio de Rabuñal et al, siendo los de la hipertensión arterial los más utilizados al igual que observamos en el año 2001 y como en la última ENSE 2011-2012¹⁹³. Se producen incrementos significativos en los utilizados para la artrosis, el dolor, los anticoagulantes orales, los protectores de estómago y fármacos para dormir, cuando éstos son un tipo de fármacos desaconsejado en los ancianos, por presentar un mayor riesgo de caídas y empeorar el deterioro cognitivo^{201,202}. Estos resultados coinciden también con los de la última ENSE¹⁹³ donde los medicamentos más consumidos tras los de la HTA son los tomados para el dolor, dislipemia y pastillas para dormir, sugiriendo fuertemente la necesidad de revisar la adecuación de la prescripción farmacológica en las personas mayores de la comunidad^{203,201,80}.

Al final de nuestra investigación el 55,6% que refiere tomar fármacos para la HTA, no coincide con el 47,4% de los ancianos; mientras que al inicio del estudio coinciden el 33,3% de las personas que toman medicamentos para la HTA y los que dicen que son hipertensos; la no concordancia de las cifras de hipertensos con los que toman medicamentos para la misma probablemente pudiera deberse a que esas personas toman el tratamiento para la HTA pero no son conscientes de que lo sean. Otra explicación podría ser a una prescripción inapropiada como el observado en el estudio Octabaix donde más de la mitad de los pacientes de 85 años recibió una prescripción inapropiada sobre todo asociada a medicamentos para la HTA y dislipemia además de las benzodiacepinas⁸⁰. Observamos que se produce un aumento en la prevalencia tanto de la enfermedad como del consumo de fármacos de esta dolencia, lo que es esperable por el aumento de la edad, coincidiendo con

los resultados del estudio HRS en Estados Unidos. En ella se ha encontrado, además, en este estudio que las personas mayores de 50 años tienen más riesgo de enfermedades del corazón y de otras enfermedades que pueden llevarles a tener una peor función cognitiva pero también observaron que son más propensos a tomar medicamentos para la hipertensión, lo que sí podría ayudar a la función cognitiva ²⁰⁴.

Los reumatismos, artrosis, lumbago..... constituyen las enfermedades declaradas en primer lugar por nuestros ancianos, lo que coincide con el 65% de los que tomaban medicaciones para el dolor-artrosis. Como era de esperar, este porcentaje aumentó en los ocho años de seguimiento, pero más en el consumo de medicamentos que en el aumento de la patología referida. El dolor crónico, sobre todo por patología degenerativa se ha relacionado con deterioro cognitivo y disminución de la función física ^{205,206}, por lo que debemos intentar mejorarlo con terapia farmacológica y rehabilitadora y según algún estudio consultado, con el bienestar espiritual ²⁰⁶.

A continuación nos encontramos con glaucoma y cataratas (53,2%). Es importante recordar que a pesar de la edad la cirugía de cataratas en los ancianos se relaciona con una mejoría muy importante en su calidad de vida e incluso con mejoría en síntomas depresivos y los síntomas de un deterioro cognitivo incipiente ²⁰⁷.

Los problemas de circulación (48,7%) e HTA (47,4%) fueron las siguientes patologías más prevalentes, como se refieren en la bibliografía consultada ^{177,193}. A diferencia de lo que se había referido en el año 2001 sí bien coinciden como primera patología los reumatismos, en segundo lugar eran los problemas de circulación quedando las patologías oculares relegadas al sexto lugar después de HTA, enfermedades de los pies y enfermedades de la boca, en cuanto a enfermedades declaradas.

A su vez, observamos que las enfermedades que produjeron mayor incapacidad a lo largo de los ocho años fueron los reumatismos, igual que al inicio del estudio, y los problemas de los ojos a diferencia del periodo anterior, al igual que en el trabajo de Rabuñal et al. Es curioso que se produjera un descenso significativo en el grado de incapacidad debido al dolor de cabeza en estos ocho años y no encontramos justificación al mismo ni referencia en otros estudios con que comparar. La vista y el oído siguen siendo las dos áreas más sensibles en los ancianos que con la edad empeoran; en nuestro trabajo sobre todo la audición, que se muestra como una

afectación significativamente mayor que le causa una mayor incapacidad, coincidiendo con la última ENSE del año 2011-2012^{193,208}.

El fenómeno del envejecimiento ha puesto de relieve la frecuencia cada vez mayor de la multimorbilidad, que es de especial importancia para la organización de la prestación de servicios²⁰⁹. En el mundo industrializado, un 25% de las personas de 65 a 69 años y un 50% de las de 80 a 84 años padece dos o más afecciones crónicas al mismo tiempo²⁹, en nuestros ancianos encontramos que presentan cuatro o más afecciones crónicas. Esta disminución de la salud en los mayores de 80 años, acompañado del aumento de enfermedades crónicas constatado en este estudio, es una realidad a nivel mundial desde hace años. En los países desarrollados la discapacidad esperada deriva en un 85% de la enfermedad crónica. En el 2020 se espera que la carga de enfermedad estará representada por los trastornos cardiovasculares, neuropsiquiátricos y tumorales²⁹. Hay que tener en cuenta que de las personas con discapacidad en las AVD, el 53% padece enfermedades crónicas, mientras que entre las personas sin discapacidad, solamente un 4% las padece²¹⁰. Para abordar este creciente problema de salud un paso esencial fue la reunión de alto nivel de la Asamblea General de la ONU de 2011 sobre la prevención y control de las enfermedades crónicas²¹¹, que estableció el objetivo de "25 para el 25", es decir, reducir un 25% la mortalidad prematura asociada a las enfermedades crónicas para el año 2025. En esta reunión se reconoce que las enfermedades bucodentales y oculares, que en nuestro estudio han aumentado al cabo de los ocho años, constituyen una carga importante para el sector de la salud de muchos países y que estas enfermedades comparten factores de riesgo, y que pueden beneficiarse de las respuestas comunes a las enfermedades no transmisibles. Igualmente afirman que las enfermedades no transmisibles figuran entre las principales causas evitables de movilidad y discapacidad asociadas.

Se produce también un aumento significativo en el uso del bastón y muletas pasando de un 13% a un 35% en estos ocho años; este porcentaje final es inferior al observado en la última ENSE donde el 26% de las personas entre 75-84 años tienen problemas moderados-graves para caminar aumentando hasta el 45% en los mayores de 85 años¹⁹³. Con la edad avanzada, los cambios relacionados con el envejecimiento normal, y los relacionados con sus enfermedades y tratamientos

producen una alteración del equilibrio cuyo resultado más grave son las caídas; más de un tercio de los adultos mayores de 75 años caen cada año, lo que produce un costo significativo en la atención médica. Estos problemas de equilibrio deberían ser enfocados desde distintas perspectivas terapéuticas tanto de rehabilitación como de ayudas técnicas y equipos, e incluso en algunos casos con intervenciones quirúrgicas^{48,212}.

Se produce también un aumento significativo de los que utilizan dentadura postiza. Una de las limitaciones de nuestro trabajo es la no valoración del estado nutricional, ya que la desnutrición en las personas de edad avanzada es más frecuente que en otros grupos de edad en los países desarrollados con una prevalencia del 3% al 7% en el caso de población que vive en la comunidad, lo que aumenta el riesgo de deterioro y sobre todo de institucionalización; a este estado de desnutrición también contribuyen las limitaciones económicas y la situación social y psicológica²¹³. De hecho en un estudio que se realizó en la ciudad de Ourense, de una cohorte de ancianos no institucionalizados se encontró que un 27% de los mismos estaban en riesgo de desnutrición y se ha demostrado que un buen apoyo social y buena calidad de vida son factores protectores de problemas nutricionales²¹³.

En estos ocho años, los ancianos perciben un incremento en el empeoramiento de su salud física incluso con un aumento significativo del grado de impedimento que le generan los problemas de su salud y las mujeres son las que refieren mayores quejas. Nuestros resultados coinciden con los de la última ENSE 2011 donde las mujeres son las que refieren tener un estado de salud peor¹⁹³. Esta autopercepción de la salud constituye un parámetro válido como predictor de la morbilidad, mortalidad y utilización de servicios^{214-217,208}, así como es considerado por algunos trabajos como el principal determinante de la calidad de vida en las personas mayores de 65 años junto con el mantenimiento de la autonomía personal en segundo lugar¹⁰⁹. Según el estudio HRS los ancianos que dicen que su salud es excelente se siente aproximadamente doce años más joven que los ancianos de la misma edad que refieren una salud mala¹³.

Aunque ellos reconocen que están peor físicamente al cabo del periodo estudiado, sin embargo también refieren que su estado de salud es excelente. Esto aparece en el estudio ELSA¹⁴ y el de Spector et al²¹⁸ que al ajustar los modelos por edad se

encuentran con una menor percepción mala de su salud a pesar de sus discapacidades y está relacionado con los resultados encontrados respecto a la salud mental, anteriormente comentados. A su vez, refieren que no hay nada que les impida su estado de salud pero, no obstante, tienen peor salud en estos ocho años de seguimiento, encontrando este resultado significativo. Podría resultar paradójico aunque se entendería, al igual que en el área de salud mental, por las características sociodemográficas de nuestra cohorte al final del estudio. Estos resultados sugieren que, en las edades avanzadas, no es solamente la presencia de discapacidades o enfermedades crónicas lo que tiene influencia en la autovaloración del estado de salud, sino que puede haber diferencias en las expectativas de vida y en la adaptación al padecimiento de problemas de salud, según grupos de edad, así como el tener alguien que le ayude cuando necesita apoyo. Una menor satisfacción con la vida o una menor autoestima están también relacionados con una mayor sensación de limitación por sus problemas de salud que no se corresponde con una limitación en la capacidad para realizar las AVD ²¹⁹.

A lo largo del estudio los que estuvieron más tiempo enfermos son los que tienen un estado físico peor. Existe una estrecha relación entre discapacidad y enfermedad, lo cual requerirá establecer programas de atención que cubran ambos aspectos. Esto se reflejará en los recursos económicos necesarios para afrontar esta necesidad. Así, mientras el gasto público destinado a la salud pasará del 5,5% del PIB del año 2007 hasta el 7,8-9,6% en el 2050, según un estudio de la OCDE, el destinado a cuidados de larga duración pasará del 0,2% en el año 2007 hasta el 7,8-9,6%. Sin duda las prestaciones vinculadas a las situaciones de dependencia son las que determinarán este aumento del gasto ^{5,220}.

El mal estado de salud autopercebido se asocia con bajos ingresos económicos, sentimiento de soledad, problemas visuales, estilo de vida sedentario, incapacidad funcional, bajo nivel de estudios, falta de apoyo emocional, falta de apoyo social y sexo femenino, con menor edad, presencia de enfermedades crónicas, invalidez, problemas de visión, dependencia parcial para las AVDI y presencia de sintomatología depresiva ^{6,221,222}.

Como se dice en la declaración política de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, los

problemas de salud (sus pérdidas) aparecen siempre muy ligados al hecho del envejecimiento, hasta el punto de que una idea muy repetida es considerar la vejez como una enfermedad en sentido estricto. Un mensaje absolutamente falso muy introducido en el contexto de la sociedad, incluso dentro de los propios interesados, el sector de más edad. Erradicar este concepto, que en sí mismo conlleva un elemento de discriminación y una llamada a la resignación, supone un reto para todos. Las autoridades públicas deberán impulsar programas de atención geriátrica y sociosanitarios que garanticen una correcta atención a los frecuentes problemas de salud de las personas ancianas antes de ser dependientes, ya que la actuación preventiva en los ancianos tiene un carácter distinto que a la que se aplica a la población general, mientras que en este colectivo las actividades preventivas pretenden la reducción de la morbilidad prematura, en la población mayor el objetivo es mantener la función y la calidad de vida, a la vez que disminuir la incapacidad y la dependencia. Todo ello se vería favorecido con el acceso a programas de rehabilitación precoz y una adecuada utilización de los recursos disponibles ²¹¹.

Actividades de la vida diaria. AVD

Nuestro instrumento presenta un bloque de medición de las AVD que es una variante del índice de Katz y que ha sido utilizado en ocasiones aislado del resto del OARS ^{142,223-225}.

Como era de esperar por la bibliografía consultada, las que primero se afectan con el paso de los años son las AVDI y así le ocurre a nuestra cohorte donde se produce una disminución significativa en todas ellas, sobre todo las que se realizaban sin ayuda, y en las relacionadas con la casa tanto en la atención como en el cocinar junto con llegar a pie a los lugares. Todos los porcentajes son mayores en las mujeres. La importancia de la valoración de las AVDI es grande, los estudios de Montenegro y de Barberger-Gateau demostraron que el uso del teléfono, la toma de mediación, el uso del transporte y el manejo de la propia economía son predictores del desarrollo de demencia un año más tarde; además la Odds Ratio subía desde 10,6 cuando se era dependiente en una actividad a 318,4 cuando se era

dependiente en las 4 actividades, nosotros no valoramos el riesgo de demencia pero sí de dependencia que ya comentamos posteriormente ^{227,226}.

Las AVDB tardan más en deteriorarse, están relacionadas con la edad, pero al igual que las instrumentales, al cabo de los ocho años de estudio, se produce un deterioro significativo en todas ellas, sobre todo en las que se realizaban sin ayuda como el andar, bañarse y vestirse siendo también en las mujeres donde encontramos mayores porcentajes. Este deterioro es similar al encontrado en otras investigaciones como el estudio ELSA ¹⁴ y en la última ENSE 2011, donde el porcentaje tanto de hombre como de mujeres que referían tener graves limitaciones para las AVD cotidianas, ascendía al doble de las personas mayores de 65 años a los mayores de 85 años, tanto en hombres como mujeres aunque en estas últimas los porcentajes son mayores ¹⁹³.

En este periodo tiempo se observó significativamente que si las personas mayores reciben ayuda en las tareas domesticas demuestran un mayor deterioro en su capacidad para realizar las AVD, lo que indicaría una mayor dependencia de otras personas.

En el estudio ELSA, se observó un aumento en la proporción de personas mayores que recibían ayuda con la edad, estas personas tenían dificultad para la realización de una AVDB o AVDI, pero no valoraron si tenían mayor deterioro en la realización de las AVD ¹⁴. En nuestro trabajo advertimos también que el hecho de tener contacto con personas mejora la capacidad para la realización de las AVD.

La presencia de trastornos de ansiedad y/o depresión ¹⁸³, la falta de ejercicio y la dependencia para las AVDB y/o instrumentales de la vida diaria son los factores que se asocian con la detección de problemas en la calidad de vida. La capacidad para realizar AVDB e instrumentales, se refiere a una limitación funcional que puede conducir a una limitación social

Índice de Katz.

El grado de independencia funcional ha demostrado ser un buen indicador pronóstico de supervivencia ²²⁷. A lo largo de los ocho años de investigación se produce un aumento significativo de las personas que necesitarían una ayuda

específica y continuada, siendo al final del 20%, porcentaje que duplica el encontrado en el estudio transversal de Vigo ¹²⁴. Observamos, lógicamente, que se reduce significativamente el número de personas que presentan una independencia total con el paso de los años, aunque este porcentaje, el 55,29%, coincide con lo observado en estudio de Rabuñal realizado en Galicia.

En nuestro estudio, al valorar los posibles factores predictores de dependencia mediante análisis multivariante observamos que a mayor edad mayor riesgo de dependencia como en el estudio de Leganés ¹³⁰. La relación entre aumento de la edad y deterioro de la CVRS junto con la discapacidad, que observamos en nuestro trabajo, ha sido destacada en varias investigaciones ^{89,159,228-230} incluyendo los tres grandes estudios HRS/SHARE/ELSA sobre todo en el este y sur de Europa, donde los niveles de de discapacidad, al menos entre la personas de 75 a 85 años de edad, superaron a los observados en EEUU a los largo de los años ^{147,73}. En Galicia nos encontramos con un 43,7% de personas mayores de 79 años dependientes y un 62,8% de grandes dependientes, porcentajes que son mayores con respecto a los de España (31,3% y 57,5%, respectivamente). Esta prevalencia de la dependencia se incrementa con la edad como en nuestro estudio y en los internacionales, ya que de un 3% en la población de 60-65 años se pasa a un 14,1% en los 80-85 años, según los criterios de estimación del libro blanco de la dependencia ¹³³.

Encontramos también en nuestra investigación, que a mayor número de fármacos que toman las personas mayores, supone mayor riesgo de dependencia no sólo por el número de los mismos, sino por el mayor número de efectos adversos derivados de ellos. Según la bibliografía consultada, esta polifarmacia aumenta la probabilidad de institucionalización, deterioro de la movilidad, aumento de morbilidad y hospitalizaciones ^{231,232,233}, y cada vez hay más estudios que demuestran que algoritmos para una reducción adecuada de los medicamentos en ancianos ^{202,234} han demostrado una mejora de la morbimortalidad en ellos. Claramente, el uso de medicamentos ambulatorios entre las personas mayores es un caso donde "menos es más" ²³¹.

En nuestro trabajo, los ancianos que encuentran su vida rutinaria o aburrida tienen más riesgo de dependencia, aunque no encontramos en la bibliografía referencias a este factor asociado a la dependencia como el observado.

Al realizar el multivariante observamos que el empeoramiento en la audición y el mayor uso de dentadura postiza aumenta el riesgo de dependencia. Respecto a la audición, como ya hemos referido anteriormente, es una de las causas de mayor limitación en los mayores de 74 años, aumentando en los mayores de 84 años. Así que, la dentición y audición juegan un papel relevante en la futura discapacidad y dependencia. Tanto la corrección de la falta de audición como de dentición están fuera de la cartera de servicios de la sanidad pública y, por tanto, deben ser costeadas por los ancianos; lo que con una renta de 600€ y el altísimo coste de audífonos y del cuidado dental se torna imposible y, estas causas, comportan un aumento de riesgo en cuanto a desnutrición, aislamiento social, accidentes, etc.

El sentimiento de necesidad de los cuidados de enfermería no recibidos produce asimismo un incremento de este riesgo. En un primer análisis univariante, observamos que entre el 90 y el 100% de los ancianos de nuestra cohorte que empeoraron a lo largo de los ocho años en tener alguien en quien confiar, en los que sentían la necesidad de supervisión, en recibir ayuda para cuidados personales, en la necesidad de recibir más cuidados personales y en aumento de días que estuvieron enfermos en los últimos seis meses acabaron haciéndose dependientes así como el 84% de los que aumentaron el uso del bastón. Probablemente no se mantuvieron posteriormente debido a nuestro tamaño muestral, ya que nuestra cohorte por la edad tuvo muchas pérdidas.

También en este análisis encontramos que los que dejan de hacer deporte tienen seis veces más riesgo de dependencia. A este respecto podemos decir que en el estudio HRS se observó que aquellos mayores que participaron tres o más veces por semana en actividades como ejercicio aeróbico, correr, andar en bicicleta e incluso haciendo tareas del hogar, presentaron un 21% de menos probabilidades de ser diagnosticados de demencia de 3 a 7 años después^{191,235}. Ya hemos comentado anteriormente la importancia de seguir manteniendo una cierta actividad física ya que además de prevenir una serie de enfermedades físicas y tener un buen funcionamiento a nivel afectivo y social, está demostrado que el ejercicio aeróbico regular mejora el funcionamiento cerebral²³⁶, incluyendo la compensación de la pérdida de sustancia blanca y gris²³⁷, como en el funcionamiento cognitivo que está fuertemente asociado a la capacidad vital²³⁸, incluso produce beneficios en la calidad de vida en ancianos con deterioro cognitivo leve²³⁹.

Nosotros no medimos fragilidad en el anciano pero existe consenso en la bibliografía consultada que las AVD son un buen indicador de la misma en las personas mayores. La fragilidad es un poderoso predictor de discapacidad, hospitalización, caídas, pérdida de movilidad y enfermedad cardiovascular^{240-242,78,79,83,29,47,243}, y con un riesgo relativo de 2,54 de institucionalización del anciano. La investigación sobre fragilidad al igual que sobre el envejecimiento, es una prioridad actualmente para Europa y España se encuentra a la cabeza de Europa en investigación en fragilidad con estudios como el FRADEA⁷⁸ de Albacete, el estudio de Envejecimiento saludable de Toledo⁷⁹, los estudios Peñagrande^{244,245} y Leganés²⁴⁶ en Madrid, el estudio Octabaix en Barcelona⁸¹ y el estudio FRALLE^{247,248} en Lérida. Todos ellos estiman una prevalencia de fragilidad según el fenotipo de Fried en la población que va desde el 8,4% en mayores de 65 años hasta el 20,4% en mayores de 74 años, incluso algunos autores sugieren que hasta un 40% de las personas mayores puede ser considerado como frágil⁴⁶ y lógicamente muestra una asociación directa con la edad y tiene mayor prevalencia en mujeres⁴⁸.

La incontinencia urinaria también aumenta en este periodo de investigación pero pensamos aun así, que este problema está infradiagnosticado en nuestro medio, ya que el 18,1%, parece un porcentaje bajo con respecto al trabajo de Gavira et al en ancianos.

La mujer y la percepción de la calidad de vida

En nuestro estudio al igual que otros trabajos la percepción de la mala salud fue superior en las mujeres, al igual que es la que padece más discapacidad^{249,208}. Sin embargo el impacto del padecimiento de enfermedades crónicas en relación con la percepción de la mala salud disminuye a medida que aumenta la edad²⁰⁸, probablemente porque nuestra cohorte es de personas válidas mayoritariamente sanas. En general como se ha observado en los resultados, sobre todo en el caso de la valoración de las AVD, vemos que existe una diferencia negativa, en contra de las mujeres. Concuerda con la bibliografía, pues las mujeres viven más pero tienen una peor calidad de vida, y un nivel más elevado de vulnerabilidad que los hombres en la vejez: mayor numero de enfermedades o discapacidades^{29,250}, mayor tasa de pobreza relativa, mayor exclusión social por un menor nivel de formación, necesidad

de cuidar de otras personas hasta que su salud se lo permite ²⁵¹, menor pensión y mayor número de mujeres que viven solas.

Otro aspecto a tener en cuenta en nuestros mayores es la elevada proporción de mujeres que hay en este colectivo, lo que se ha denominado feminización de la vejez ²⁰⁸ y esta feminización se acentúa con los grupos de mayor edad ²⁴⁹, pero solo hasta fechas muy recientes, especialmente desde la II Asamblea de Madrid en 2002, se ha puesto de manifiesto la necesidad de un abordaje del envejecimiento de la población con un enfoque de género.

En el estudio HRS se descubrió que las mujeres de 51 a 64 años de edad que no tenían la presión alta cuando fueron entrevistadas en el año 2006 fueron más proclives a desarrollar HTA en un periodo de cuatro años si referían haber sido criticadas o desilusionadas por los amigos y familia, por la mayor vulnerabilidad de las mismas, aunque no ocurría lo mismo en las mayores de 65 años ²⁵².

La mala percepción de la salud que presentan las mujeres mayores de nuestro estudio podría explicarse por cuestiones relacionadas con la violencia de género ya que, según la macroencuesta de violencia de género del Ministerio de Sanidad del 2011 ²⁵³, el 6,7% de las mujeres de 65 o más años manifiesta haber sufrido este maltrato alguna vez en la vida, frente a la media del 10,9% en el total de encuestadas; por otra parte, el 1,4% de las mujeres mayores ha sufrido violencia ejercida por parte de su pareja o expareja en el último año. Las mujeres de 65 o más años víctimas de violencia de género son significativamente las que menos denuncian, y un tercio de las mujeres que afirmaron sufrir algún tipo de discapacidad y haber sufrido maltrato, pertenece al grupo de edad de 65 o más años. De hecho, estas mujeres tienen una baja declaración de maltrato en las macro encuestas y tienen también una baja presencia en las cifras de las que acceden a los recursos que las Administraciones públicas y la sociedad han puesto a su disposición ⁵.

Utilización de servicios

Estos cuestionarios representan una herramienta útil para la planificación de los servicios públicos, dado que nos dan información de las necesidades percibidas por

nuestros mayores. Esto podría permitir intervenciones más dirigidas a cubrir las necesidades detectadas.

Services Assessment Questionnaire. SAQ.

Área de mantenimiento básico o diario

Esta área engloban una serie de servicios que facilitan el desenvolvimiento de la vida diaria y a lo largo de los ocho años de estudio observamos que se produjo un aumento del número de personas tanto de los que reciben ayuda en los distintos servicios como de los que los necesitan, siendo muy significativos los relacionados con las tareas domésticas, la preparación de la comida y la ayuda en los cuidados personales. Detectamos un aumento del apoyo para la realización de las actividades referidas, no solo por parte de los familiares o amigos sino por el aumento del uso de los recursos sociales como la atención domiciliaria, comedores sobre ruedas o lavandería sobre ruedas que suelen estar más desarrollados en las zonas urbanas, aunque poco a poco se extienden estos recursos a las zonas rurales. A pesar de haber aumentado el apoyo, la necesidad también sigue siendo mayor con unas diferencias porcentuales realmente muy grandes, con respecto al inicio del estudio, que por otra parte es lógico por la edad avanzada de nuestra cohorte en el periodo actual.

Servicios sanitarios

Desde un punto de vista poblacional las personas mayores son quienes consumen un mayor número de recursos sanitarios así como también son el sector con un peor cumplimiento terapéutico, asociado éste a diversos factores tanto propios de la persona mayor como del sistema sanitario ⁵.

En nuestra investigación las demandas en estos servicios se centran sobre todo en un área que son los cuidados de enfermería, tanto la recepción como la necesidad de recibirlos, que ya eran muy demandados al inicio del estudio. En el estudio longitudinal TILDA de envejecimiento en la población irlandesa se observó un aumento del uso de los servicios de enfermería al cabo de 3 años en relación con la mayor edad, el aumento de discapacidad en las AVD y con una peor autopercepción de salud ⁷⁴, pasando de un 3,8% a un 35,5% al cabo de esos tres años; este

porcentaje final es muy similar al nuestro,, que es del 36,8% aunque inicialmente partimos de un porcentaje mayor que el del estudio TILDA. En este estudio se resalta así mismo la elevada tasa de utilización de los mismos por los ancianos sobre todo en el acompañamiento al final de su vida y de apoyo a la familia.

La OCDE, teniendo en cuenta los indicadores de envejecimiento de la población y su morbilidad que ocasionan un alto riesgo de dependencia a largo plazo, alerta sobre el significado del cambio demográfico para nuestro futuro y, en especial la creciente demanda que se va a producir en servicios de larga duración, cuya orientación profesional y financiación debe anticiparse y planificarse correctamente. recomienda que los diferentes países que la integran trabajen para conseguir objetivos como ⁴:

- Los servicios deben adaptarse a lo que desean las personas que los van a recibir, ofreciendo oportunidades para alcanzar un final de la vida lleno de sentido y bienestar;
- Han de desarrollarse más servicios de proximidad flexibles, en combinación con tecnologías y TIC para que las personas puedan hacer realidad sus deseos de vivir en sus domicilios el mayor tiempo posible;
- Apoyar mejora a las personas cuidadoras del ámbito familiar y coordinar la atención formal con la informal.

Probablemente este aumento del uso y necesidad de los cuidados de enfermería entroncaría con la implementación del rol profesional de enfermería comunitaria, actualmente poco desarrollado a nuestro parecer.

La obligación de cuidar atañe a cualquier profesional que tenga delante a una persona que sufre ²⁵⁴, sea médico, psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional, auxiliar de clínica, celador o cualquier otro profesional ³.

Observamos con curiosidad que se produce un descenso significativo en la necesidad de servicios en salud mental, tanto farmacológicos como terapéuticos y, probablemente esté relacionado con, la menor sensación de enfermedad que se produce con el paso de los años por los diversos motivos que ya hemos comentado, o porque los que más demandaron en un principio fallecieron a lo largo del seguimiento.

Servicios sociales/entretenimiento

Observamos con curiosidad en esta área que se produce un descenso a lo largo de los años en la necesidad de estos servicios, pero no del uso donde se produce un discreto aumento tanto de los servicios de ocio como de viajes excepto en el deporte donde también desciende, En el estudio ELSA en un periodo de 10 años, se observa al contrario ya que casi una quinta parte de los adultos mayores de 50 años disminuyó su participación social y ciudadana así como 1/3 en los niveles de su actividad cultural ¹⁴.

Según la última encuesta del empleo del tiempo del INE se señala que el 93,6% de las personas mayores de 65 años dedican 3 horas diarias de media a ver la TV, el 86,6% dedica 4 horas diarias de media al hogar y a la familia, el 61,8% dedica 1 hora diaria de media a la vida social y a la diversión, y un 52,4% dedica 2 horas diarias de media a deportes y actividades al aire libre, estos porcentajes son superiores a los nuestros que se sitúan en torno al 16% los ancianos que realizan alguna actividad de ocio ²⁵⁵.

Datos recientes muestran que en los países mediterráneos europeos cerca del 1% de la población utiliza los servicios sociales formales, cifra que se incrementa al 46,8% en los mayores de 64 años con alguna enfermedad crónica, atendidos en un programa de atención domiciliaria desde los equipos de atención primaria ^{29,177}.

La *Unión Europea* tiene un *sentido amplio de los servicios sociales*. Son servicios orientados a las personas, diseñados para responder a necesidades humanas vitales, en especial las necesidades de los usuarios en situación vulnerable; ofrecen protección contra riesgos generales y específicos de la vida y ayudan frente a las dificultades o crisis personales; apoyan el papel de las familias en el cuidado de sus miembros de todas las edades; son instrumentos clave para la salvaguardia de los derechos humanos fundamentales y de la dignidad humana. Desempeñan un papel de prevención y cohesión social, que va destinado a la población en su conjunto, con independencia de sus medios económicos. Contribuyen a la no discriminación, la igualdad entre hombres y mujeres, la protección de la salud humana, la mejora de las condiciones de vida y la calidad de vida y a garantizar la igualdad de oportunidades para todos, mejorando así la capacidad de los individuos para una

plena participación en la sociedad. Entre ellos se incluyen la seguridad social, los servicios de empleo y formación, la vivienda de interés social, el cuidado de los niños, los cuidados de larga duración y los servicios de asistencia social ⁵.

En nuestro trabajo observamos que a lo largo del periodo de estudio se ha producido un descenso tanto en la práctica del deporte como en la necesidad de practicarlo. Esta disminución con la edad también se ha observado en el estudio ELSA ¹⁴. Hay diversos estudios que destacan cómo la menor realización de ejercicio físico y una menor energía percibida se asocian con un mayor riesgo de depresión en el anciano y consecuentemente una menor calidad de vida ^{203,256}. La práctica del deporte, en especial caminar por parques naturales y montañas que no ofrezcan excesiva dificultad y riesgo, no se encuentra lo suficientemente extendida entre las personas mayores, a pesar de los beneficios que pueden reportarles para su salud psicofísica y para aumentar su nivel de relaciones personales y sociales.

También la inactividad es un elemento nuclear en el desarrollo de fragilidad ^{82,81}. Se ha demostrado la eficacia de las intervenciones centradas en la actividad física para retrasar e incluso revertir la fragilidad y la discapacidad ^{240,47}. De hecho en nuestro trabajo, al realizar el análisis univariante del índice de Katz encontramos que las personas que dejan de hacer deporte tienen casi 6 veces más riesgo de dependencia, aunque después no se mantenga en el multivariante, probablemente debido a nuestro tamaño muestral. Esta práctica deportiva tiene demostrada eficacia en mejorar el estado cognitivo y fomentar el bienestar emocional y si además se realizan de forma grupal, tienen el beneficio añadido de fomentar el bienestar ²⁵⁷ y las redes sociales en las personas mayores.

Servicios de sostenimiento

Hemos observado en nuestro trabajo, cómo se produce un leve descenso en el uso del transporte público. En el estudio inglés ELSA, se observó con el paso de los años un aumento de su uso pero al llegar a los 80 años se produce una disminución del uso del transporte público de un 70% a un 50% tanto en hombres como en mujeres ¹⁴; este porcentaje es mucho menor que el nuestro que se sitúa al final del estudio en el 70%. Podría ser debido al entorno de nuestra cohorte, que es urbana frente a la población del estudio inglés, que es rural y urbana. Esta disminución en el

estudio ELSA se asoció a una reducción en la participación de las personas mayores en las actividades sociales y culturales, lo que demuestra que se debería poner más interés en garantizar a las personas mayores la posibilidad de no perder contacto con la sociedad, con el fin de poder vivir con estilos de vida saludables, sobre todo a aquellos que son más frágiles y menos capaces económicamente, centrando las políticas en favorecer la accesibilidad social, cívica y cultural, sobre todo aquellas personas que corren el riesgo de aislarse de la sociedad pero que sí serían capaces de poder participar en las diversas actividades socioculturales.

En los últimos años, en nuestra ciudad al igual que en el resto de España y otros países el número de conductores mayores ha aumentado, pero sin embargo en estudios se ha encontrado que la mayor edad y las mujeres se han asociado con el dejar de conducir ^{258,14}.

Sería interesante y de vital importancia el promover entornos saludables y amigables sobre todo en las ciudades, lo que facilitaría el desplazamiento por las ciudades y el disfrute de las mismas con la consiguiente mejora en su calidad de vida diaria como recomienda la Unión Europea en el año 2012 del envejecimiento activo ⁵.

Se produce una disminución significativa en las ayudas en la mejora del hogar y consecuentemente un aumento de las necesidades de esa ayuda, al final de nuestro estudio. Debe ser tomado en cuenta porque cuando la adaptación al hogar permite a la persona mayor vivir de forma autónoma y evitar el ingreso residencial ¹⁷⁸, la inversión realizada se puede recuperar en un año o menos, y produce un ahorro al sistema de servicios sociales. En el estudio HRS se encuentra también que los gastos relacionados con el hogar se reducen con el aumento de la edad aumentándose los relacionados con la salud ¹⁸⁰, probablemente debido a las características de su sistema sanitario.

También observamos un decremento en las ayudas legales que reciben las personas a lo largo de los años estudiados, que por otra parte se torna una ayuda importante sobre todo en relación con arreglos en la documentación de diferentes tramites que a las personas ancianas se objetiva, complicados.

Un 70% de las personas en el año 2009 expresa la necesidad de ayuda económica, con un incremento significativo de esta necesidad con respecto al año 2001, deduciendo que las cantidades referidas en el apartado de recursos económicos son

valoradas como escasas y a este incremento colabore la probable asunción de cargas familiares derivadas del entorno de crisis que ya es efectiva en estos últimos años de nuestro estudio.

Proveedor de servicios

La familia y los amigos son los proveedores de servicios tanto en al inicio como al final de nuestra investigación, pero sí que se observa un aumento de las instituciones supliendo en algún servicio como fisioterapia o tareas domésticas a las personas remuneradas. Pensamos que puede ser debido a la introducción en los centros de atención primaria de los servicios de fisioterapia y a la atención domiciliaria asumida por el ayuntamiento de nuestra ciudad, sobre todo en servicios tanto de comidas como tareas de la casa.

Observamos también un discreto aumento de las personas remuneradas en los servicios de supervisión continua y cuidados diarios en detrimento de la familia y amigos, esto también se observa de las personas que ya reciben ayuda, un 49,1% preferiría que fueran cuidadores profesionales de los servicios sociales públicos, un 5,5% que fueran cuidadores privados y un 14,5% familia y cuidadores profesionales conjuntamente ⁵.

Información del encuestador

Puntuaciones de deterioro funcional

El ambiente de confianza que se generaba previamente con la información suministrada por el médico de familia y el apoyo de las instituciones como el ayuntamiento junto con la divulgación en los periódicos locales, hizo que el grado de confianza que percibió el encuestador sobre la información recibida fuera de cerca del 90% en ambos periodos, aunque se produjo un porcentaje discretamente superior en al año 2009, quizás debido a que nuestro encuestador era una persona ligada al ayuntamiento en el área de servicios sociales.

Percibimos también que los ancianos tienden a considerarse con una mejor puntuación que un evaluador externo, por eso consideramos fundamental el aporte

de la información por parte del entrevistador sobre todo en este tipo de estudios ²⁵⁹. Está demostrado que la percepción de los ancianos no es el único factor que afecta a la fiabilidad de los datos que refiere el paciente, como por ejemplo el inicio de un deterioro cognitivo ²⁶⁰.

En nuestro estudio hemos observado que el área funcional en la que el deterioro es mayor con una discapacidad grave o absoluta es en el área de realización de las AVD, ya que casi el 20% de nuestros ancianos necesita ayuda diaria de otra persona para la realización de las citadas actividades en comparación con el 1,1% del inicio del estudio. Según la última encuesta nacional de salud de 2011 que analiza la gravedad de las limitaciones para las actividades de la vida cotidiana en los últimos 6 meses según sexo y grupo de edad, refiere que un 4,3% de personas con edad entre 65 y 74 años tienen limitaciones graves, aumenta al 10,7% en el grupo entre los 75 y 84 años y al 27,84% que presenta el sector de mayores de 85 años ¹⁹³, lo que pone de manifiesto que, a mayor edad, mayor dependencia funcional, lo cual se refleja también en nuestra investigación, aunque nuestro porcentaje es mayor ya que la media de edad de nuestra cohorte es de casi 81 años. El nivel de gravedad es sensiblemente superior en las mujeres que en los hombres.

La siguiente área con mayor deterioro fue la de salud mental, ya que al final de nuestro estudio el 18,1% la tiene tan alterada que o bien requieren supervisión constante a causa de su comportamiento claramente anormal o potencialmente peligroso, o al menos tienen dificultades para la toma de decisiones y juicios que han de hacerse a diario, frente al 1,1% del inicio del estudio. Se ha encontrado en la comparativa de los estudios HRS/SHARE/ELSA que los países con personas de edades de jubilación precoces tienen una puntuación más baja en la evaluación del estado cognitivo en comparación con los que se quedaron más tiempo trabajando, por lo que una jubilación precoz conduce a un mayor deterioro cognitivo ²⁶¹. Las otras tres áreas funcionales presentan un deterioro similar, también muy aumentado significativamente al cabo de los ocho años. Así el 14,7% del final en comparación con el 0% inicial tienen una salud física grave o totalmente deteriorada, es decir o bien requieren guardar cama y asistencia médica o de enfermería todo el tiempo o al menos tratamiento médico intenso pues presentan enfermedades muy dolorosas o que amenazan su vida. Tanto el área de salud física como la de capacidad para el

desarrollo de las AVD son las áreas con mayor deterioro, y también aparecen en otros estudios transversales estudiados ^{102,124,142,262}, pero nuestros porcentajes son mayores, por lo tanto habría que prestar especial atención a aquellas personas con deterioro en más de un área, pues, de no prestárseles la debida atención, pudieran convertirse rápidamente en totalmente dependientes ¹⁰².

Casi un 15% de nuestros ancianos, al final del estudio, tienen una red social fuertemente deteriorada o inexistente, es decir, sólo podrían contar con ayuda esporádicamente o no podrían contar con ella en absoluto, a diferencia del 10,2% en el año 2001. Este porcentaje es menor que el encontrado en los trabajos de Gamarra y Alonso ^{175,263}, donde en el primero de ellos al final de su estudio de 9 años de una cohorte de hipertensos de 70 años, de la ciudad de Ourense, tenía un red social escasa o nula el 24,3% y en el segundo, que era un estudio a un año de una cohorte de pacientes diabéticos de 65 años del norte de Portugal era del 36,1%. Y, por último, observamos como casi otro 15% de nuestra cohorte en el año 2009 carece de ingresos o reservas económicas o éstas son totalmente insuficientes frente al 2,2% inicial.

Según la última ENSE 2011, presentaban dependencia funcional para el cuidado personal el 34,2% de la población de 65 y más años, para las labores domésticas el 37,5% y para movilidad el 36,7%, con mayores aumentos porcentuales en las mujeres ¹⁹³. A medida que avanza la edad la dependencia funcional es mayor aumentando los porcentajes tanto en los cuidados personales, como en las labores domésticas como en la movilidad de las personas de 65 y más años respecto a las de 85 y más.

Utilidades y aplicación en el área clínica y de los servicios sociales

A pesar del deterioro tanto funcional como social de nuestra cohorte con el paso de los años, nuestros ancianos podemos decir que están muy bien de salud ya que son mayores y el 55% mantiene autonomía para todas las AVD y el 17% precisa ayuda en una de ellas, es decir casi un 80% mantiene una autonomía casi total para las AVD.

Con el aumento de demanda de los servicios prestados a la población mayor y el hecho de que las necesidades de salud de los ancianos requieren especial atención, se deben de crear programas diversos de asistencia con el objetivo de proporcionar un envejecimiento activo y saludable y el mantenimiento de la máxima capacidad funcional del individuo por el mayor tiempo posible.

Los estudios longitudinales actuales de envejecimiento similares al nuestro como el HRS, SHARE y ELSA, que aun siguen en activo, reflejan que las políticas sociales de menor desarrollo y las desigualdades socioeconómicas más pronunciadas se relacionan con los niveles más altos de discapacidad y con un inicio más temprano de la misma, observándose grandes diferencias sobre todo de los países americanos con los europeos y probablemente sea debido a las grandes desigualdades en su población y a que un 17% de la población menor de 65 años carece de seguro. Los resultados proporcionan una evidencia adicional a favor de las inversiones por parte de los gobiernos orientados a un envejecimiento saludable. El envejecimiento positivo lleva asociada una intensa relación y competencia social que se expresa en la participación y productividad social.

Estos estudios longitudinales, sobre todo el SHARE, que es la primera encuesta que incluye indicadores comparables de la calidad de los cuidados a las personas mayores, nos muestra que la mayoría de estos indicadores sugieren que existe una carencia importante de revisiones y pruebas de diagnóstico geriátricas en toda Europa, necesarias para mejorar esa atención.

Como hemos visto en nuestro estudio, hay variables tan relevantes como el contacto con las personas, la pérdida de audición y equilibrio o la necesidad del cuidados de enfermería que influyen en la calidad de vida de las personas mayores. Las autoridades sociales y sanitarias deberían tener en cuenta este tipo de trabajos de investigación, a la hora de determinar los recursos que se destinan a las personas mayores para lograr que mantengan la mayor autonomía posible y durante el mayor tiempo de su vejez en su entorno habitual.



VI.- CONCLUSIONES



Cambios en las variables asociadas con la calidad de vida relacionada con la salud

- 1.- La cohorte de ancianos de la ciudad de Ourense presenta un deterioro significativo en todas las áreas de valoración funcional:
 - Manifestando un mayor sentimiento de soledad, de falta de cuidadores y de mayores necesidades económicas (más en los ancianos divorciados).
 - Su salud percibida se concentra en los valores medios (buena y regular), aumentando la polipatología y el consumo de fármacos. Aunque físicamente se observa que su situación es peor, paradójicamente presentan una sensación de mayor bienestar emocional que aumenta cuanto mayor es el contacto social.
 - La dependencia en las AVD presenta un aumento significativo en los ancianos que les afecta de forma moderada a grave (Índice de Katz).

Nivel de discapacidad y dependencia

- 2.- La discapacidad en las áreas funcionales de los ancianos de nuestra cohorte es diagnosticada como grave/ absoluta al final de la investigación, con un aumento de sus porcentajes significativos en el área de salud mental, salud física y en las actividades de la vida diaria. En las áreas de red social y recursos económicos también se produce un deterioro significativo en la valoración pero de menor gravedad.
- 3.- El riesgo de un mayor grado de dependencia se asocia con la mayor edad, polipatología, disminución de la movilidad, falta de ayuda para las AVD, pérdida de audición, uso de prótesis dentarias, sentimiento de su vida como aburrida y la soledad.

Uso, demanda y consumo de servicios

- 4.- Se produce un aumento significativo del consumo de los servicios de ayuda para la realización de las tareas domésticas, preparación de comidas y

expresan mayores necesidades de ingresos económicos, de mejora de la habitabilidad de la vivienda, de cuidados de enfermería, de supervisión continua y de cuidados personales diarios.

- 5.- El centro de salud es el recurso sanitario más utilizado, aumentando el porcentaje de ancianos que acuden a él.
- 6.- Las mujeres, los ancianos casados o en pareja y de mayor edad realizan un mayor consumo de recursos sociales.





VII.- BIBLIOGRAFÍA



- ¹ Franz Kafka. Cartas a Felice. Nórdica; 2013
- ² Parlamento Europeo, Consejo de la Unión Europea. Decisión 940/2011/UE del Parlamento Europeo y del Consejo sobre el Año europeo del envejecimiento activo y de la solidaridad intergeneracional 2012. Diario Oficial de la Unión Europea 2011
- ³ Moya Bernal A. Trabajar con personas mayores: Reflexiones desde la Bioética. Madrid: Portal Mayores; 2006. Informes Portal Mayores 55:1-22
- ⁴ Rodríguez Rodríguez P. Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que queremos vivir. Actas de la Dependencia 2011
- ⁵ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Propuestas para el desarrollo de las orientaciones del Consejo de la Unión Europea, de 6 de diciembre de 2012, relativas a las personas mayores. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e IMSERSO; 2014 p.1-104
- ⁶ Azpiazu Garrido M, Cruz Jentoft A, Villagrasa Ferrer JR, Abanades Herranz C, García Marín N, Valero de Bernabé FA. Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores en 65 años. Rev Esp Salud Pública 2002; 76:683-699
- ⁷ Comisión de Empleo y Asuntos Sociales del Parlamento Europeo. Proyecto de informe sobre el Informe sobre la puesta en práctica, los resultados y la evaluación general del Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional. Bruselas: Comisión Europea; 2012
- ⁸ Fernández Ballesteros R, Caprara MG, Iñiguez J, García LF. Promoción del envejecimiento activo: efectos del programa "Vivir con vitalidade". Rev Esp Geriatr Gerontol 2005; 40(2):92-102
- ⁹ Rodríguez Rodríguez V, Rodríguez Mañas L, Sancho Castiello M, Díaz Martín R. Envejecimiento. La investigación en España y Europa. Rev Esp Geriatr Gerontol 2012;47(4):174-179
- ¹⁰ Castillo Trillo B, Muñoz Cobos F, Pérez Enríquez I, Canalejo Echeverría A, Burgos Varo ML. Envejecimiento activo en un centro de salud. Comunidad 2012; 14(2):150-154
- ¹¹ Survey of health, Ageing and Retirement in Europe [sede web]. Munich. SHARE Project. 2002. [acceso 12 de enero de 2015]. Disponible en: <http://www.share-project.org/> y <http://www.share.cemfi.es/>.
- ¹² Secretaría del Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Año Europeo del envejecimiento activo y de la solidaridad Intergeneracional 2012. Resultados del programa de actividades

- en España. Informe final. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e IMSERSO; 2012 p. 1-68.
- ¹³ Health and Retirement Study.[sede web].Michigan. The Regents of the University of Michigan.1992. [acceso 13 febrero de 2015] .Disponible en: <http://hrsonline.isr.umich.edu/>
- ¹⁴ Banks J, Nazroo j, Steptoe A. The dinamycs of ageing. Evidence from the English Longitudinal Study of Ageing 2002-2012. (wave 6).London: The institute for fiscal studies;2014. Disponible en:
http://www.ifs.org.uk/uploads/elsa/docs_w6/ELSA%20Wave%206%20report.pdf
- ¹⁵ Ayet Puigarnau J. Llevar adelante el Plan Estratégico de aplicación de la cooperación de innovación europea sobre el envejecimiento activo y saludable. Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo y al Consejo. Bruselas: Comisión Europea; 2012
- ¹⁶ Kerschner H, Pegnes JAM. Productive aging: A quality of life agenda. J Am Diet Assoc 1998;98:1445-
- ¹⁷ Prieto Rodríguez MA, Gil García E, Heierle Valero C, Frías Osuna A. La perspectiva de las cuidadoras informales sobre la atención domiciliaria. Un estudio cualitativo con ayuda de un programa informático. Rev Esp Salud Pública 2002; 76:613-625
- ¹⁸ Kalache, A. Active ageing makes the difference. Bulletin of the World Health Organization 1999; 77(4):299
- ¹⁹ Instituto Nacional de estadística. Madrid. Instituto Nacional de estadística. [serial online] [acceso 12/06/2011].Encuesta sobre la Participación de la Población Adulta en las Actividades de Aprendizaje 2007. Disponible en:
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft13%2Fp459&file=inebase&L=0>.
- ²⁰ Instituto Nacional de estadística. Madrid.Instituto Nacional de estadística. [serial online] [acceso 12/03/2011]. Encuesta de Empleo del Tiempo 2009-2010. Porcentaje de personas que realizan la actividad principal o secundaria y duración media diaria. Disponible en:
<http://www.ine.es/daco/daco42/empleo/dacoempleo.htm>
- ²¹ United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division.New York: United Nations; 2013 [acceso 08 septiembre de 2014].World Population Ageing 2013. Disponible:<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>
- ²² Cervantes Becerra RG, Villarreal Ríos E, Galicia Rodríguez L, Vargas Daza ER, Martínez González L. Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración integral.Aten Primaria.2014; 47(6): 329-335.
- ²³ La situación demográfica en el mundo, 2014. Informe conciso. Nueva York: Naciones Unidas; 2014. Disponible en:

- <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise%20Report%20on%20the%20World%20Population%20Situation%202014/es.pdf>.
- ²⁴ Organización Mundial de la Salud. Ginebra. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2014. [serial online] [acceso 20/05/2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/es>
- ²⁵ Mayhew L. Health and elderley care expenditure in an aging world. 2000 Research Reports, RR-00-21, Laxenburg, Austria: International Institute for Applied Systems Analysis.
- ²⁶ Albarrán I, Ayuso M, Guillén M, Monteverde M. Medición del envejecimiento y discapacidad de la población en España a partir de la esperanza de vida residual. In Anales del instituto de actuarios españoles 2002; 7:107-135.
- ²⁷ Cole CS. Nursing Home Residents' Sense of Coherence and Functional Status Decline. J Holist Nurs 2007; 25;96-103
- ²⁸ Atención comunitaria y atención centrada en la persona: Revisión de estudios de coste-efectividad. País Vasco: Centro de Documentación y Estudios SIIS; 2011.
- ²⁹ Romero, L., Martín, E., Navarro, J. L., Luengo, C. El paciente anciano: demografía, epidemiología y utilización de recursos. En: SEGG. *Tratado de geriatría para residentes*. Madrid: Marketing & Comunicación; 2006.p.33-46
- ³⁰ No hay niños para el parque. El País 6 jul 2014;pag 43
- ³¹ Freedman VA, Schoeni RF, Martin LG, Corman J. Chronic conditions and the decline in late-life disability. De.mograpgy 2007; 44(3):459-477
- ³² Pérez Díaz J. Consecuencias sociales del envejecimiento demográfico. Papeles de Economía Española 2005 (104): 210-226
- ³³ Eurostat Statistics Explained. Luxemburgo. Comisión Europea; 2012. [serial online] [acceso 20/05/2015]. Eurostat, tsdph 100. año 2012. Disponible en: http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Population_statistics_at_regional_level/es.
- ³⁴ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores de Salud 2013. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Madrid;2014.Información y Estadísticas Sanitarias 2014.
- ³⁵ Instituto Nacional de estadística. Madrid. Instituto Nacional de estadística. [serial online] [acceso 12/06/2015].Mujeres y hombres en España 2015. Instituto Nacional de estadística. Disponible en: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926378861&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout).

- ³⁶ Veiga Fernández F, Rodríguez Pascual C, González Hermida JJ, García Caballero A, Gómez Tato I, Salinas Buján P, et al. Patoloxía relacionada co envellecemento. En Xunta de Galicia. Plan de saúde 2006-2010. Santiago de Compostela; 2006. p.128-143
- ³⁷ Más defunciones que partos. JP. El País 23 noviembre 2013; pág 32-33
- ³⁸ López Crecente MF, Fernández García JM, Arrojo Romero M. Líneas estratégicas para el desarrollo de acciones asistenciales sociosanitarias. Plan marco de atención sociosanitaria de Galicia. Santiago de Compostela: Sergas; 2013.
- ³⁹ Instituto Galego de estadística [sede Web]. Santiago de Compostela. Xunta de Galicia; 1988 [serial online] [acceso 15/06/2014]. Disponible en: <http://www.ige.eu/web/index.jsp?paxina=001&idioma=g>.
- ⁴⁰ Eurostat Statistics Explained. How is my región doing within the European Union?. Luxemburgo: Comisión Europea; 2012. Eurostat regional yearbook 2014.
- ⁴¹ Farquhar M. Elderly people's definitions of quality of life. Soc Sci Med 1995; 41(10):1439-46
- ⁴² Rubio Herrera R, Aleixandre Rico M, Villaverde C, Cabezas Casado JL, Castellon A. Calidad de vida y senectud, estudio comparativo en función del sexo. Geriatrika 1997;13:383-8
- ⁴³ Rubio Herrera R, Aleixandre Rico M, Cabezas Casado JL. Estudio sobre la valoración de la calidad de vida en la población anciana andaluza. Geriatrika 1997; 13:271-81
- ⁴⁴ Christensen K, Thinggaard M, McGue M, Rexbye H, Hjelmberg JV, Aviv A, et al. Perceived age as clinically useful biomarker of ageing: cohort study. BMJ 2009;339:b5262
- ⁴⁵ Serra-Rexarch JA, Mendieta Faceti G, Vidán Astiz M. Anciano frágil. Nutr Hosp Suplementos 2011; 4(3):28-34
- ⁴⁶ Metzelthin SF, Ramon Daniëls, Van Rossum E, de Witte L, Van den Heuvel WJA, Kempen G. The psychometric properties of three self-report screening instruments for identifying frail older people in the community. BMC Public Health 2010; 10:176-186
- ⁴⁷ Martín Lesende I, Gorroño Goitia Iturbe A, Gómez Pavón J, Baztán Cortés JJ, Abizanda Soler P. El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP. Aten Primaria 2010; 42(7):388-393
- ⁴⁸ Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. Informes, estudios e investigación 2014
- ⁴⁹ Tomás Aznar C, Moreno Aznar LA, Germán Bes C, Alcalá Nalváiz T, Andrés Esteban E. Dependencia y necesidades de cuidados no cubiertas de las personas mayores de una zona de salud de Zaragoza. Rev Esp Salud Pública 2002; 76:215-226

- 50 AGE Y EDE. Carta de los derechos y de las responsabilidades de las personas mayores que necesitan atención y asistencia de larga duración. 2010. Disponible en: http://www.age-platform.eu/images/stories/Charter_Spanish.pdf
- 51 Fried L,Tangen CM, Walston J et al. Frailty in older adults:evidence of a phenotype.J Gerontol Med Sci 2001;56A:M146-M156
- 52 Instituto Nacional de estadística. Madrid. Instituto Nacional de estadística. [serial online] [acceso 12/062/2015]. Encuesta Nacional de Salud año 2012. Notas de prensa. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>
- 53 Zalakin J. Revisión de estudios de coste-efectividad en servicios de atención comunitaria y atención centrada en la persona. Conclusiones. Fundacion Pilares para la autonomia personal;2012
- 54 Saizarbitoria M. Revision de estudios de coste-efectividad en servicios de atención comunitaria y atención centrada en la persona.Pais Vasco: Centro de documentación y estudios Fundación Eguía- Careaga;2012 p. 108-117
- 55 Fantova F. Sistemas públicos de servicios sociales. Nuevos derechos, nuevas respuestas. Cuadernos de derechos humanos .Deusto: Instituto de derechos humanos Pedro Arrupe Universidad de Deusto; 2008.
- 56 Scogin F, Morthland M, Kaufman A, Burgio L, Chaplin W, Kong G. Improving quality of life in diverse rural older adults: A randomized trial of a psychological treatment. Psychol Aging 2007; 22(4):657-665
- 57 López Fraguas M, Marín González AI, De la parte Herrero JM. La planificación centrada en la persona, una metodología coherente con el respeto. Siglo Cero 2004; 35(1), nº 210:1-15
- 58 López Fraguas M, Marín González AI, De la parte Herrero JM. La planificación centrada en la persona, una metodología coherente con el respeto. Siglo Cero 2004; 35(1), nº 210:1-15
- 59 Register ME, Herman J. A middle range theory for generative quality of life for the elderly. Adv Nurs Sci 2004; 29(4):340-350
- 60 Schalock RL, Verdugo MA. Calidad de vida. Manual para profesionales de la salud, la educación y los servicios sociales. Madrid: Alianza Editorial; 2003.
- 61 Martínez Rodríguez T. La Atención gerontológica centrada en la persona. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia.Vitoria:Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco;2011 p.1-208
- 62 Shek D, Lee B. A comprehensive review of quality of life (QOL) research in Hong Kong. The Scientific World Journal (2007); 7:1222-1229

- ⁶³ Felce D, Perry J. Quality of life: it's definition and measurement. *Research in developmental disabilities* 1995;6(1):51-74.
- ⁶⁴ WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization Project to develop a quality of life assesment instrument. *Qual Life Res* 1993; 2:153-159.
- ⁶⁵ Fernández-Ballesteros R, Zamarrón MD, Macia A (eds). *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales; 2006.
- ⁶⁶ Fernández-Ballesteros R. Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Anuario de Psicología* 1997; 73:89-104.
- ⁶⁷ Martínez Rodríguez T. Las buenas prácticas en la atención a las personas adultas en situación de dependencia. Madrid: Informes Portal Mayores; 2010; 98:1-22.
- ⁶⁸ Comision Europea. Marco europeo de calidad de los servicios de atención a largo plazo. Principios y directrices para el bienestar y la dignidad de las personas mayores que necesitan atención y asistencia. WeDo. Bruselas: Comisión Europea; 2010.
- ⁶⁹ Eizaguirre Eizaguirre C, Cerdó i Pasqual MF, Garate Olazabal M. Identificación de los aspectos normativos afectados por el desarrollo de los nuevos modelos de atención centrada en la persona. País Vasco: INGEMA; 2012 p. 1-140.
- ⁷⁰ Rodríguez Rodríguez, P. "La atención integral centrada en la persona". Madrid. Informes. Portal Mayores, nº 106. [Fecha de publicación: 04/11/2010]. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pilar-atencion-01.pdf>.
- ⁷¹ Sennett R. El respeto. Sobre la dignidad del hombre en un mundo de desigualdad. Barcelona: Editorial anagrama; 2003.
- ⁷² Martínez Velilla N. Multimorbilidad: el último de los síndromes geriátricos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2010; 45(4):177-178.
- ⁷³ Alcser KH, Benson G. The SHARE train-the-trainer program. In: Börsch-Supan A, Jürges H, eds. *The Survey of Health, Aging and Retirement in Europe: Methodology*. Mannheim, Germany : Mannheim Research Institute for the Economics of Aging ; 2005: 70 – 74.
- ⁷⁴ Murphy C. Demographic and health profile of older adults utilising public health nursing services in Ireland: findings from the Irish longitudinal study on ageing (TILDA). Dublin: The Irish Longitudinal Study on Ageing; 2015. Topic report.
- ⁷⁵ Canadian Longitudinal Study on Aging. [sede web]. Quebec. Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA). 2009. [acceso 12 de enero de 2015]. Disponible en: <https://www.clsa-elcv.ca/>.
- ⁷⁶ Teófilo Rodríguez J, González Cabezas AN, Díaz Veiga P, Rodríguez Rodríguez V: Estudio Longitudinal Envejecer en España: El proyecto ELES. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2011. [Boletín sobre el envejecimiento "Perfiles y tendencias", no 50].

- ⁷⁷ González M, Facal D, Yaguas J. Funcionamiento cognitivo en personas mayores e influencia de variables socioeducativas: resultados del Estudio ELES. *Escritos de Psicología* 2013 (Internet); 6(3): 34-42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2013.1611>.
- ⁷⁸ Abizanda P, Romero L, Sanchez-Jurado PM, Martinez-Reig M, Gomez-Arnedo L, Alfonso SA. Frailty and mortality, disability and mobility loss in a Spanish cohort of older adults: the FRADEA study. *Maturitas*. 2013; 74(1):54–60.
- ⁷⁹ Abizanda-Soler P, Lopez-Torres Hidalgo J, Romero Rizo L, Lopez Jimenez M, Sanchez Jurado PM, Atienzar Nuñez P, Esquinas JL, Garcia I, Hernandez P, Bardales Y, Campos R, Martinez M, Nieto EO, Carion M, Ruiz A, Aguilar C, Manueco P, Oliver JL: Fragilidad y dependencia en Albacete (FRADEA) razonamiento, diseño y metodología. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2011, 46:81-88.
- ⁸⁰ Mera F, Mestre D, Almeda J, Ferrer A, Formiga F, Rojas Farreras S. Paciente anciano y medicación crónica inapropiada en la comunidad ¿somos conscientes de ello. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011; 46:125–30.
- ⁸¹ Formiga F, Ferrer A, Chivite D, Montero A, Sanz H & Pujol R. Utility of geriatric assessment to predict mortality in the oldest old. The Octabaix study: three-year follow-up. *Rejuvenation Res* 2013; 16(4): 279–284.
- ⁸² Ferrer A, Formiga F, Sanz H, Monserrate E, Verges D y Octabaix G. Envejecimiento satisfactorio e indicadores de fragilidad en los mayores de la comunidad. *Estudio Octabaix. Aten Primaria* 2014; 46(9):475-482.
- ⁸³ Garcia-Garcia F, Gutierrez G, Alfaro-Acha A, Amor MS, Lanza MAT, Escribano MV, Humanes S, Larrion JL, Gomez-Serranillo M, Rodriguez-Artalejo F, Rodriguez-Manas L: The prevalence of frailty syndrome in an older population from Spain. The Toledo Study for Healthy Aging. *J Nutr Health Aging* 2011, 15(10):852-856.
- ⁸⁴ Organización Mundial de la Salud. Ginebra. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. 2013. [serial online] [acceso 20/09/2014]. Disponible: <http://www.who.int/whr/es/>
- ⁸⁵ Sitjas E, San José A, Armadans L, Mundet X, Vilardell M. Factores predictores del deterioro funcional geriátrico. *Aten Primaria* 2003; 32:282-7.
- ⁸⁶ Rubenstein LZ, Wieland, Bernabe R, eds. *Geriatric assessment technology: The estate of art*. Milán Ed. Kurtis 1995:1-9.
- ⁸⁷ Stuck SE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assesment: a meta-analysis of controlled trial. *Lancet* 1993;342:1032-1036.

VII.- Bibliografía

- ⁸⁸ Alonso J, Antó JM, Moreno C. Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity. *Am J Public Health* 1990; 80:704-708.
- ⁸⁹ Casado JM, González N, Moraleda S, Orueta R, Carmona J, Gómez-Calcerrada RM. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en atención primaria. *Aten Primaria* 2001; 28(3):167-173.
- ⁹⁰ Soler PA, Hidalgo JLT, Rizos LR, Jurado PMS, Nogueras IG, Requena JLE. Valores normativos de instrumentos de valoración funcional en ancianos españoles: estudio FRADEA. *Aten Primaria* 2012; 44(3): 162-171.
- ⁹¹ Franciulli SE, Aquaroni Ricci N, Dutra Lemos N, Cereda Cordeiro R, Gazzola JM. A modalidade de assistência Centro-Dia Geriátrico: efeitos funcionais em seis meses de acompanhamento multiprofissional. *Ciencia & Saúde Coletiva* 2007; 12(2):373-380.
- ⁹² Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychological function. *JAMA* 1965;14: 56-61.
- ⁹³ Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal* 1965;14:56-61.
- ⁹⁴ Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9:179-186.
- ⁹⁵ Franco C, Sola MDM, Justo E. Reducción del malestar psicológico y de la sobrecarga en familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer mediante la aplicación de un programa de entrenamiento en Mindfulness (conciencia plena). *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2010; 45(5):252-258.
- ⁹⁶ Abizanda P, López-Jimenez M, López-Torres J, Atienzar -núñez P, Naranjo JJM, McAuley E. Validation of the spanish version of the Short Form-Late Life Function and Disability Instrument. *J Am Geriatr Soc*.2011; 59:893-899.
- ⁹⁷ Pfeiffer E. A short portable mental status mental questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatrics* 1975; 25 (10): 433 – 441.
- ⁹⁸ Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatric Res*. 1975; 12:189-98.
- ⁹⁹ Tsoi KK F, Chan JYC, Hirai HW, Wong SYS, Kwok TCY. Cognitive Tests to Detect Dementia: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA internal medicine* 2015; 175(9): 1450-1458.
- ¹⁰⁰ Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M. Development and validation of a geriatric screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983; 17(1): 37-49.

- ¹⁰¹ Diaz Palacios ME, Domínguez Puente O, Toyos Garcia G. Resultado de la aplicación de una escala de valoración sociofamiliar en atención primaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1992;27:129-133.
- ¹⁰² Lozano Yagüe T. Una metodología para la identificación de necesidades sociosanitarias en personas mayores. *Revista de Administración Sanitaria* enero/marzo 2001; Volumen V, número 1.
- ¹⁰³ Detmar SB, Muller MJ, Schornagel JH, Wever LDV, Aaronson NK. Health-related quality of life assessments and patients-physician communication: a randomised controlled trial. *JAMA*. 2002;288:3027-3034.
- ¹⁰⁴ Fung C, Hays RD. Prospects and challenges in using patient-reported outcomes in clinical practice. *Qual Life Res* 2008; 17(10):1297-1302.
- ¹⁰⁵ Higginson IJ, Carr AJ. Measuring quality of life: using quality of life measures in the clinical setting. *BMJ*. 2001;323:1297-1300.
- ¹⁰⁶ Fernando J, Nebot M, Borrell C, Egea L. Apoyo social y estado de salud percibido en población no institucionalizada de más de 60 años. *Gac Sanit* 1996;10:174-182.
- ¹⁰⁷ Garcia Ameijeiras C, Roigé Cortadellas T, Elías Aldosa T, Viñas Folch P. Utilidad de un instrumento de valoración gerontológica multidisciplinar en la asignación de recursos sociosanitarios. *Aten Primaria* 1997; 20(9):506-510.
- ¹⁰⁸ Espallargues M, Valderas JM, Alonso J. Provisión of feedback on perceived health status to health care professionals: a systematic review of its impact. *Med Care*. 2000;38:175-186.
- ¹⁰⁹ Elousa P. Valores subjetivos de las dimensiones de calidad de vida en adultos mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2010; 45(2):67-71.
- ¹¹⁰ Lucas Carrasco R. Versión española del WHOQOL. 1ª ed. Madrid:Ediciones Ergón S.A.; 1998.
- ¹¹¹ Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res* 1993; 2(2):153-159.
- ¹¹² Naumann V, Byrne G. WHOQOL-BREF as a measure of quality of life in older patients with depression. *Int Psychogeriatr* 2004; 16(2):159-173.
- ¹¹³ Bentsen BG, Natvig B and Winnem M. Questions you didn't ask? COOP/WONCA Charts in clinical work and research. *Family Practice* 1999; 16: 190-195.
- ¹¹⁴ Herdman M, Badía X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Atención primaria* 2001; 28(6): 425-429.
- ¹¹⁵ The Euroqol Group. Euroqol: A new facility for the measurement of Health-related quality of life. *Health Policy* 1990; 16 (3):199-208.

- ¹¹⁶ Wolfs C, Dirksen C, Kessels A, Willems D, Verhey F, Severens J. Performance of the EQ-5D and the EQ-5D+C in elderly patients with cognitive impairments. *Health Qual Life Outcomes* 2007; 5:33.
- ¹¹⁷ Carod-Artal FJ, González-Gutiérrez JL, Egido-Herrero JA, Varela de Seijas E. Propiedades métricas de la versión española del perfil de las consecuencias de la enfermedad de 30 ítems adaptado al ictus (SIP30-AI). *Rev Neurol* 2007; 45: 647-54.
- ¹¹⁸ Baró E, Ferrer M, Vázquez O, Miralles R, Pont A, Esperanza A, et al. Using the Nottingham Helath Profile (NHP) among older adult impatients with varying cognitive function. *Qual Life Res* 2006; 15:575-585.
- ¹¹⁹ Vilagut G, Valderas JM, Ferrer M, Garin O, López-García E, Alonso J. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Med clínica* 2008; 130(19): 726-735.
- ¹²⁰ Alonso J, Prieto L, Antó J M. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin* 1995; 104 (20): 771-776.
- ¹²¹ Lizan Tudela L. Viabilidad de las viñetas COOP/WONCA y otros instrumentos para la valoración de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria*. 1998;22:135-139.
- ¹²² Haywood K, Garratt A, Fitzpatrick R. Older people specific health status and quality of life: a structured review of self-assessed instruments. *J Eval Clin Pract* 2005; 11(4): 315-327.
- ¹²³ Kane RA, Kane RL. Evaluación de las necesidades en los ancianos. Guía práctica sobre los instrumentos de medición. 1º Ed Barcelona:SG Editores SA. Fundación Caja de Madrid; 1993.
- ¹²⁴ Eiroa Patiño P, Vázquez-Vizoso FL, Veras Castro R. Discapacidades y necesidades de servicios en las personas mayores detectadas en la encuesta de salud OARS-Vigo. *Med Clin (Barc)* 1996; 106:641-648.
- ¹²⁵ Fillenbaum G. The wellbeing of the ederly. Approaches to multidimensional assessment. WHO Offset Publication nº84. Ginebra:OMS;1984.
- ¹²⁶ McDowell I, Newell C. Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires. Nueva York: Oxford University Press; 1987.
- ¹²⁷ Wilkin D, Hallam L, Doggett MA. Measures of need and outcome for primary health care. First published. Nueva York:Oxford University Press;1992.
- ¹²⁸ Rodríguez MP, Banegas JR. La situacion sociosanitaria de los ancianos en España: revisión actualizada de las encuestas de salud. En grupo de trabajo sobre el envejecimiento.

- Epidemiología del envejecimiento en España. Madrid: Fondo de Investigación Sanitaria, 1990:53-77.
- ¹²⁹ Gil P, Orduña MJ, Herando AL. Praxis de la valoración integral en la rehabilitación geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1993; 28:3-13.
- ¹³⁰ Otero Á, Zunzunegui MV, Rodríguez-Laso Á, Aguilar MD, Lázaro P. Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española. *Rev Esp Salud Pública* 2004; 78(2): 201-213.
- ¹³¹ Blanco Ramos .Calidad de vida de los ancianos en galicia. Aproximación mediante la evaluación de una provincia de interior[tesis doctoral].Santiago de Compostela, 2003.
- ¹³² Blanco Ramos MA. Avaliación da calidade de vida da xente maior. Aplicación práctica na provincia de Ourense. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2004.
- ¹³³ Gonzalez lorenzo M, Gonzalez Bugueiro L, Rodríguez Vilariño R, Tellado Gonzalez C.La dependencia en Galicia. Distribucion territorial y características sociosanitarias. Ourense; 2008.
- ¹³⁴ Argimon Pallas JM, Jimenez Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 3ª ed Madrid: Elsevier España; 2004.
- ¹³⁵ Inzitari M. Estudios longitudinales sobre envejecimiento: pasado, presente y futuro. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2010; 45(2):103-105.
- ¹³⁶ Instituto Galego de estadística [sede Web]. Santiago de Compostela. Xunta de Galicia; 1988 [serial online] [acceso 10/03/2012].Censo de poboación e vivendas.2007. Disponible en: http://www.ige.eu/web/mostrar_seccion.jsp?idioma=gl&codigo=0201.
- ¹³⁷ Martínez de la Iglesia J, Espejo Espejo J, Rubio Cuadrado J. Valoración funcional de personas mayores de 60 años que viven en una comunidad urbana. Proyecto ANCO. *Aten Primaria* 1997 Nov; 20 (9): 475-484.
- ¹³⁸ Martínez Vizcaíno J, Lozano Muñoz A, García Navalón P. Validez y fiabilidad de un cuestionario para valorar la capacidad funcional de las personas mayores. *Aten Primaria* 1999 Sep; 24 (5): 267 – 273.
- ¹³⁹ Grau Fibla G, Eiroa Patiño P, Cayuela Domínguez A. Versión española del OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire: adaptación transcultural y medida de la validez. *Aten Primaria* 1996 May; 17 (8): 486-495.
- ¹⁴⁰ Grau G. Evaluación funcional multidimensional de los adultos de edad avanzada. Versión española del OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire. Documento técnico de la Consejería de Salud de Andalucía. Sevilla: Dirección General de Coordinación, Docencia e Investigación,1993.

- ¹⁴¹ Grau Fibla G. Cuestionarios OARS y EASY. Validación y aplicación práctica. *Aten Primaria* 1995 Nov ; 16 (Supl 1): 135-136.
- ¹⁴² Doble SE. The dimensionality and validity of the older americans resourcers and services (OARS) Activities of daily living (ADL) scale. *J Outcome Meas* 1998; 2 (1): 4 – 24
- ¹⁴³ George LK, Fillenbaum GG. OARS methodology. A decade of experience in geriatric assessment. *J Am Geriatr Soc* 1985; 33 (9): 607 – 615.
- ¹⁴⁴ Fillenbaum GG, Smyer MA. The development, validity and reliability of the OARS multidimensional functional assessment questionnaire. *Journal of Gerontology* 1981; 36 (4): 428 – 434.
- ¹⁴⁵ Eiroa P. Valoración multidimensional de la tercera edad en el municipio de Vigo [tesis doctoral]. Universidad de Santiago de Compostela, 1994.
- ¹⁴⁶ Spillman B, Lubitz J. The effect of longevity on spending for acute and long-term care. *N Engl J Med* 2012; 342(19):1409-1415.
- ¹⁴⁷ Wahrendorf M, Reinhardt JD, Siegrist J. Relationships of disability with age among adults aged 50 to 85: evidence from the United States, England and continental Europe. *PLoS ONE* 2013; 8(8):e71893.
- ¹⁴⁸ Herzog AR, Rodgers WL. Age and response rates to interview sample surveys. *J Gerontol* 1988; 43 (6): 200 – 205.
- ¹⁴⁹ Espinosa Almendro JM. El anciano en atención primaria. *Aten Primaria* Nov 2000; 26 (8): 515 – 516.
- ¹⁵⁰ Fernandez-Merino MC, Rey-García J, Tato A, Beceiro F, Barros-Dios J, Gude F. Autopercepción de la salud y mortalidad en ancianos de una comunidad rural. *Aten primaria*.200; 25(7):459-463.
- ¹⁵¹ Avlund K, Schultz-Larsen K, Davidsen, M. Tiredness in daily activities at age 70, as a predictor of mortality during the next 10 years. *J Clin Epidemiol* 1998; 51: 323-333.
- ¹⁵² GuralnikJM, Friel LP, Salive ME. Disability as a public health. Outcome in the aging population. *Annu Rev Public Health*. 1996; 17:25-46.
- ¹⁵³ Martin Lesende I, Quintana Cantero S,Urzay Atucha V,Ganzarain Oyarbide E,Aguirre Minaña T, Pedrero Jocano J. Fiabilidad del cuestionario VIDA, para valoración de actividades instrumentales de la vida diaria(AIVD) en personas mayores.*Aten Primaria* 2012;44(6):309-319-III.
- ¹⁵⁴ Martín Lesende I, Quintana Cantero S, Urzay Atucha V, Ganzarain Oyarbide E, Aguirre Minaña T, Pedrero Jocano JE. Fiabilidad del cuestionario VIDA, para valoración de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) en personas mayores. *Aten Primaria* 2012; 44(6):309-319.

- ¹⁵⁵ García-González J, Rodríguez-Rodríguez P. "Rompiendo distancias": un programa integral para prevenir y atender la dependencia de las personas mayores en el medio rural. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2005; 40(1):22-33.
- ¹⁵⁶ Martínez Vizcaíno J, Lozano Muñoz A, García Navalón P. Validez y fiabilidad de un cuestionario para valorar la capacidad funcional de las personas mayores. *Aten Primaria* 1999 Sep; 24 (5): 267 – 273.
- ¹⁵⁷ Semfyc. Programas básicos de salud: Programa del anciano. (vol 7). 1º Ed Madrid: ediciones Doyma; 2000.
- ¹⁵⁸ Pilpel K, Schneiderman K, Galinsky D. Gross intellectual impairment among non-institutionalized elderly: Difficulties in assessment and risk factors. *J Community Health* 1990; 15(3).209-223.
- ¹⁵⁹ Bayó J, Fernández-Aramburu MC, Orfila F, Dalfó A, Casajuana J, Vila MA et al. Autopercepción de salud y evaluación integral del paciente anciano en un centro de atención primaria. *Aten Primaria* 1996; 17 (4): 273 – 279.
- ¹⁶⁰ García Carmona R, Ibañez Colás A, López López MA, Hidalgo García-Consuegra MA, Pérez Juarez A, Salán García M et al. Déficit cognitivo, prevalencia y factores asociados en la población mayor de 74 años. *Aten Primaria* 1999; 24 (6): 326 – 331.
- ¹⁶¹ Consellería de Sanidade e Servizos Sociais. Dirección Xeral de Servizos Sociais. Plan Galego de persoas maiores 2001 – 2006. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2001. Documentos Técnicos nº 7.
- ¹⁶² Instituto Nacional de estadística. Madrid. Instituto Nacional de estadística. [serial online] [acceso 12/06/2014].Cifras de población y censos demográficos. Instituto Nacional de estadística.Disponible en: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspob.htm.
- ¹⁶³ Nota de prensa la region 09 de abril de 2015. los programas para mayores en la universidad de vigo. www.laregion.es/...mayores-universidad.../20150409131946536245.html.
- ¹⁶⁴ Eurostat.Population with lower secondary educational attainment level by sex and age. Luxemburgo. Comisión Europea; 2012. [serial online] [acceso 30/05/2015]. Disponible en URL:[http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do \[edat_ifse_05\]](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?edat_ifse_05)).
- ¹⁶⁵ Instituto Nacional de estadística. Madrid. Instituto Nacional de estadística. [serial online] [acceso 12/06/2014].Boletín informativo 11/2012: 2012. Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional. Disponible en: [/Satellite?L=es_ES&c=INECifrasINE_C&cid=1259940189717&p=1254735116567&pagina me=ProductosYServicios%2FPYSLayout](http://Satellite?L=es_ES&c=INECifrasINE_C&cid=1259940189717&p=1254735116567&pagina me=ProductosYServicios%2FPYSLayout).

- ¹⁶⁶ Jefferson AL, Gibbons LE, Rentz DM, Carvalho JO, Manly J, Bennett DA y Jones RN. A Life Course Model of Cognitive Activities, Socioeconomic Status, Education, Reading Ability, and Cognition. *J Am Soc Geriatr* 2011; 59:1403-1411.
- ¹⁶⁷ Bruandet A, Richard F, Bombois S, Maurage C, Masse I, Amouyel P, et al. Cognitive decline and survival in Alzheimer's disease according to education level. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2008; 25:74-80.
- ¹⁶⁸ Instituto Nacional de estadística. Madrid. Instituto Nacional de estadística. [serial online] [acceso 12/08/2014]. Encuesta de Población Activa del 4º trimestre de 2013. Disponible en: <http://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0413.pdf>.
- ¹⁶⁹ Comisión Europea 2009: abordar los efectos del envejecimiento de la población de la UE. Bruselas: Comisión Europea; 2009. Informe de 2009 sobre el envejecimiento demográfico 180 final. Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/UE_Informe-envejecimiento-2009.pdf.
- ¹⁷⁰ Drageset J, Natving G K, Eide GE, Clipp EC, Bondevik M, Nortvedt MW, Nygaard HA. Differences in health-related quality of life between older nursing home residents without cognitive impairment and the general population of Norway. *J Clin Nurs* 2008; 17, 1227-1236.
- ¹⁷¹ Encuesta a las Personas Mayores 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad y política Social e IMSERSO; 2011.
- ¹⁷² Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro septiembre de 2010. Madrid: CIS; 2010. Estudio nº 2.844. Disponible en: http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/2840_2859/2844/es2844.pdf.
- ¹⁷³ Alonso Babarro A. Atención a la familia. *Aten Primaria* 2006; 38(Supl 2):14-20
- ¹⁷⁴ Heather MA. Depression, isolation, social support, and cardiovascular disease in older adults. *J Cardiovasc Nurs* 2006; 21(55):52-57.
- ¹⁷⁵ Gamarra Mondelo T. influencia do apoio social na mortalidade e presenza de eventos cardiovasculares nunha cohorte de pacientes hipertensos. Tesis doctoral. Universidad de Santiago de Compostela, 2010.
- ¹⁷⁶ Winocur G, Palmer H, Dawson D, Binns MA, Bridges K, Stuss DT. Cognitive rehabilitation in the elderly: An evaluation of psychosocial factors. *Journal of the International Neuropsychological Society* 2007; 13:153-165.
- ¹⁷⁷ Tobella A, Gil A, Llopart C, Ferrer A, Formiga F, Rojas-Farreras S. Factores asociados al riesgo social en las personas de 85 años residentes en la comunidad. *Rev Clin Esp.* 2013; 213(3):145-149.

- ¹⁷⁸ Engelhardt G, Eriksen M, Greenhalgh-Stanley N. A Profile of Housing and Health among Older Americans. Research Institute for Housing America 2013. Paper No. 13-03.
- ¹⁷⁹ Nespereira A. Ourense podría perder hasta 20.000 habitantes en nueve años. La Voz de Galicia 25 de septiembre dfe2011, pag. L2.
- ¹⁸⁰ Banerjee S. Expenditure Patterns of Older Americans, 2001–2009. Employee Benefit Research Institute Issue Brief 2012:1-25.
- ¹⁸¹ Garcia Serrano MJ, Tobias Ferrer J. Prevalencia de la depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo. Aten Primaria 2001;27(7):484-488.
- ¹⁸² Smith SL, Colenda CC, Espeland MA. Factors determining the level of anxiety state in geriatric primary care patiens in a community dwelling. Psycosomatics 1994; 35(1):50-58.
- ¹⁸³ Bergdahl E, Gustavsson JMC, Kallin K, Heideken P, Lundman B, Bucht G, et al. Depression among the oldest old: the Umeå 85+ study. Int Psychogeriatr 2005; 17(4):557–575.
- ¹⁸⁴ Rovner BW, German PS, Brant LJ, Clark R, Burton L, Folstein MF. Depression and mortality in nursing homes. JAMA 1991; 265:993-996.
- ¹⁸⁵ Mol M, Carpay M, Ramakers I, Rozendaal N, Verhey F, Jolles J. The effect of perceived forgetfulness on quality of life in older adults; a qualitative review. Int J Geriatr Psychiatry 2007; 22:393-400.
- ¹⁸⁶ Consejo de personas mayores del Principado de Asturias. Sobre las imágenes sociales del envejecimiento. Oviedo: Consejería de Vivienda y Bienestar Social; 2006 p. 1-15.
- ¹⁸⁷ Cocci C, Bianchi G, Nativio V, Nicolino F, Montuschi F, Magalotti D, et al. Perception of health-related quality of life and psychologicalstatus in oldest hospitalized patients without cognitive impairment. Arch. Gerontol. Geriatr.2004; (Supl. 9):75-84.
- ¹⁸⁸ Fernández-Fernández V, Márquez-González M, Losada-Baltar A, García PE, Romero-Moreno R. Diseño y validación de las escalas de evaluación del impacto psicológico de sucesos vitales pasados: el papel del pensamiento rumiativo y el crecimiento personal. Rev Esp Geriatr Gerontol 2013; 48(4):161-170.
- ¹⁸⁹ Paez D, Martín Beristarain C, González JL; BasabeN, De Rivera J, editores. Superando la violencia colectiva y construyendo cultura de paz.Madrid: fundamentos; 2011. p. 311-39.
- ¹⁹⁰ Erikson EH. Childhood and society.New York:W.W. Norton&Compan;1963.
- ¹⁹¹ Ertel KA, Glymour MM, Berkman LF. Effects of social integration on preserving memory function in a nationally representative US elderly population. Am J Public Health. 2008; 98(7):1215–1220.
- ¹⁹² Ertel KA, Glymour MM, Berkman LF. Effects of social integration on preserving memory function in a nationally representative US elderly population. Am J Public Health. 2008; 98(7):1215–1220.

- ¹⁹³ Instituto Nacional de estadística. Madrid. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. [serial online] [acceso 11/07/2014]. Encuesta Nacional de Salud Año 2011-2012. Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>.
- ¹⁹⁴ Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M, Williams D, Brummell K. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2001 Sep; 323: 1 – 9.
- ¹⁹⁵ Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. PROYECTO AP-21. Madrid: MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO; 2007.
- ¹⁹⁶ Abellán García A, Vilches Fuentes J, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2014. Indicadores estadísticos básicos. Madrid; 2014. Informes Envejecimiento en red nº 6. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos14.pdf>.
- ¹⁹⁷ Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Las personas mayores en España. Informe 2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. p 286.
- ¹⁹⁸ Coleman Eric. Encouraging patients and family caregivers to assert a more active role during care hand-offs: The care transitions intervention. *Int J Integr Care*. 2009 Oct-Dec; 9(Suppl): e177.
- ¹⁹⁹ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008.
- ²⁰⁰ Bengoa R, Nuño R. Curar y cuidar. Innovación en la gestión de las enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Madrid: Elsevier- Masson; 2008.
- ²⁰¹ Mera F, Mestre D, Almeda J, Ferrer A, Formiga F, Rojas S, et al. Paciente anciano y medicación crónica inapropiada en la comunidad. ¿Somos conscientes de ello?. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011;46:125-30.
- ²⁰² Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther*. 2008;46:72-83.
- ²⁰³ Sarró-Maluquer M, Ferrer-Feliu A, Rando-Matos Y, Formiga F, Rojas-Farreras S. Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. *Semergen* 2013; 39(3):354-360.
- ²⁰⁴ Clarke P, Smith J. Aging in a cultural context: cross-national differences in disability and the moderating role of personal control among older adults in the United States and England. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2011; 66(4):457-467.

- ²⁰⁵ Weiner DK, Rudy TE, Morrow L, Slaboda J, Lieber S. The relationship between pain, neuropsychological performance, and physical function in community-dwelling older adults with chronic low back pain. *Pain Med* 2006; 7(1):60-70.
- ²⁰⁶ Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Pathiaki M, Patiraki E, Galanos A, et al. Exploring the relationships between depression, hopelessness, cognitive status, pain, and spirituality in patients with advanced cancer. *Arch Psychiatr Nurs* 2007; 21(3):150-161.
- ²⁰⁷ Ishii K, Kabata T, Oshika T. The impact of cataract surgery on cognitive impairment and depressive mental status in elderly patients. *Am J Ophthalmol*. 2008 Sep;146(3):404-9.
- ²⁰⁸ Sécúli E, Fusté J, Brugulat P, Juncá S, Rué M, Guillén M. Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida. *Gac Sanit* 2001; 15(3):217-223.
- ²⁰⁹ Sevvick MA, Trauth JM, Ling BS, Anderson RT, Piatt GA, Kilbourne AM, et al. Patients with complex chronic diseases: Perspectives on supporting self-management. *J Gen Intern Med* 2007; 22(3):438-444.
- ²¹⁰ Fundació Institut Català de l'Envel·liment. Anuario del Envejecimiento en Cataluña 2004. Barcelona:Glosa; 2004.
- ²¹¹ Political Declaración of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Disease, 19-20 sept 2011. New York: United Nations; 2011. Disponible en:
DocA/66/L.1; http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1.
- ²¹² Matsumura BA, Ambrose AF. Balance in the elderly. *Clin Geriatr Med* 2009; 22:395-412.
- ²¹³ Méndez Estévez E, Romero Pita J, Fernández Domínguez MJ, Troitiño Álvarez P, García Dopazo S, Jardón Blanco M et al. ¿Tienen nuestros ancianos un adecuado estado nutricional? ¿Influye su institucionalización?. *Nutr Hosp* 2013; 28(3):903-13.
- ²¹⁴ Mossey JM, Shapiro E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *Am J Public Health* 1982; 72 (8): 800 – 808.
- ²¹⁵ Bello Buján LM, Suárez Rivero JB, Prieto Ramos F, Serra Majem L. Variables sociales y sanitarias asociadas a la autopercepción de salud en la población adulta de Gran Canaria (Islas Canarias). *Aten Primaria* 1999 Nov; 24 (9): 533 – 536.
- ²¹⁶ González Vázquez AI, Páramo Fernández M, Rodríguez López A. La valoración subjetiva del estado de salud. *Cad aten primaria* 1998; 5 (4): 241-244.
- ²¹⁷ Muller C. Health status and survival needs of the elderly. *Am J Public Health* 1982 Aug; 72 (8): 789 790.
- ²¹⁸ Spector W, Katz S, Murphy J, Fulton J. The hierarchical relationship between activities of daily living and instrumental activities of daily living. *J Chron Dis* 1987; 40(6):481-489.

- ²¹⁹ Fagerström C, Holst G, Hallberg I. Feeling hindered by health problems and functional capacity at 60 years and above. *Arch Gerontol Geriatr* 2007; 44:181-201.
- ²²⁰ Organisation for Economic Co-operation and Development. Projecting OECD Health long term care expenditures: What are the main drivers. OCDE; 2006. Economics Departments Working papers 477. 2006.
- ²²¹ Béland F, Zunzunegui MV. La salud y las incapacidades funcionales. Elaboración de un modelo causal. *Rev Gerontol* 1995; 5: 259-73.
- ²²² Zunzunegui V, Béland F. La salud de las personas mayores de Leganés. *Rev Gerontol* 1995; 5: 245-58.
- ²²³ McCusker J, Bellavance F, Cardin S, Belzile E. Validity of an activities of daily older patients in the emergency department. *J Clin Epidemiol* 1999; 52 (11); 1023 – 1030.
- ²²⁴ Doble SE, Fisk JD, McPherson Km, Fisher AG, Rockwood K. Measuring functional competence in older persons with Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr*. 1997 Mar; 9(1): 25-38.
- ²²⁵ Thomas VS, Rockwood K, McDowell I. Multidimensionality instrumental and basic activities of daily living. *J Clin Epidemiol*. 1998 Apr; 51 (4): 315-21.
- ²²⁶ Barberger-Gateau P, Dartigues JF, Letenneur L. Four instrumental activities of daily living score as a predictor of one-year incident dementia. *Age Ageing* 1993; 22:457-463.
- ²²⁷ Rabuñal R, Monte R, Casariego E, Pita S, Pertega S, Bal M. Valoración de actividades básicas de la vida diaria y de deterioro cognitivo en centenarios: concordancia entre las escalas utilizadas. *Rev Calid Asist*. 2012; 27(1):44-49.
- ²²⁸ VanderZee KI, Sanderman R, Heyink J. A comparison of two multidimensional measures of health status: The Nottingham Health Profile and the RAND 36-Item Health Survey 1.0. *Quality of Life Research*. 1996; 5: 165- 174.
- ²²⁹ Tsukino M, Nishimura K, Ikeda A, Koyama H et al. Physiologic factors that determine the health-related quality of life in patients with COPD. *Chest* 1996; 110: 896-903.
- ²³⁰ Visser MC, Fletcher AE, Parr G, Simpson A, Bulpitt J. A comparison of three quality of life instruments in subjects with angina pectoris: the Sickness Impact Profile, the Nottingham Health Profile, and the Quality of Well Being Scale. *J Clin Epidemiol* 1994; 47: 157-163.
- ²³¹ Garfinkel D, Mangin D. Feasibility Study of a Systematic Approach for Discontinuation of Multiple Medications in Older Adults. *Arch Inter Med*. 2010; 170(18):1659-1654.
- ²³² US General Accounting Office. Prescription drugs and the elderly: many still receive potentially harmful drugs despite recent improvements. Washington, DC: US General Accounting office; 1995. Publication GAO/HEHS-95-152. Disponible en: <http://www.gao.gov/archive/1995/he95152.pdf>.

- ²³³ Lao DT, Kasper JD, Potter DEB, Lyles A, Bennet RG. Hospitalization and death associated with potentially inappropriate medication prescriptions among elderly nursing home residents. *Arch Intern Med* 2005;165(1):68-74.
- ²³⁴ Petterson SM, H. C. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people (review) the Cochrane Collaboration. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012; Issue.
- ²³⁵ Bowen ME. A prospective examination of the relationship between physical activity and dementia risk in later life. *Am J Health Promot.* 2012; 26(6):333–40.
- ²³⁶ Ljubuncic P, Globerson A, Reznick AZ. Evidence-based roads to the promotion of health in old age. *The Journal of Nutrition, Health & Aging* 2008; 12(2):139-143.
- ²³⁷ Colcombe SJ, Erickson KI, Raz N, Webb AG, Cohen NJ, McAuley et al. Aerobic fitness reduces brain tissue loss in aging humans. *J Gerontol* 2003;58:176-180.
- ²³⁸ Fernández-Ballesteros R, Zamarrón M, Rudinger G, Schroots JF, Hekkinen E, Drusini A, editores. Assessing competence: the European Survey on Aging Protocol (ESAP). *Gerontology*. En prensa.
- ²³⁹ Van Uffelen JGZ, Chin A Paw MJM, Hopman-Roch M, Van Mechelen W. The effect of walking and vitamin B supplementation on quality of life in community-dwelling adults with mild cognitive impairment: a randomized, controlled trial. *Qual Life Res* 2007; 16:1137-1146.
- ²⁴⁰ Clegg A, Young S, et al. Frailty in older people. *Lancet.* 2013; seminar vol. 381 (9868): 752-762.
- ²⁴¹ Avila-Funes JA, Helmer C, Amieva H, et al. Frailty among community-dwelling elderly people in France: the three-city study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2008;63:1089–96
- ²⁴² Afilalo J, Karunanathan S, Eisenberg MJ, et al. Role of frailty in patients with cardiovascular disease. *Am J Cardiol.* 2009; 103:1616–21.
- ²⁴³ Romero-Ortuno R, Walsh C, Lawlor B, Kenny RA. A frailty instrument for primary care: findings from the survey of health, ageing and retirement in Europe (share). *BMC Geriatrics* 2010; 10:57-68.
- ²⁴⁴ Castell Alcalá MV, Otero Puime A, Sánchez Santos MT, Garrido Barral A, González Montalvo JI, Zunzunegui MV. Prevalencia de fragilidad en una población urbana de mayores de 65 años y su relación con comorbilidad y discapacidad. *Aten Primaria* 2010; 42(10):520-527.
- ²⁴⁵ Castell et al. Frailty prevalence and slow walking speed in persons age 65 and older: implications for primary care *BMC Family Practice* 2013, 14:86.

- ²⁴⁶ Fernandez-Bolaños M, Otero A, Zunzunegui MV, Beland F, Alarcón T, De Hoyos C, et al. Sex differences in the prevalence of frailty in a population aged 75 and older in Spain. *J Am Geriatr Soc*. 2008; 56:2370-1.
- ²⁴⁷ Jürschik P, Escobar MA, Nuin C, Botigué T. Criterios de fragilidad del adulto mayor. Estudio piloto. *Aten Primaria* 2011; 43 (4): 190-6.
- ²⁴⁸ Jürschik P, Nuin C, Botigué T, Escobar MA, et al. Prevalence of frailty and factors associated with frailty in the elderly population of Lleida, Spain: The FRELLE survey. *Arch Geront Geriatr* 2012; 55 (3): 625-31.
- ²⁴⁹ Séculi E, Fusté J, Brugulat P, Juncá S, Rué M, Guillén M. Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida. *Gac Sanit* 2001; 15(3):217-223.
- ²⁵⁰ Gavilán Moral E, Pérula de Torres LA, Castro Martín E, Varas-Fabra F, Fernández Fernández M^aJ, Ruiz Moral R. Factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores. *Med fam Andal* Vol. 10; nº 2, junio 2009.
- ²⁵¹ Tooth L, Russell A, Lucke J, Byrne J, Byrne G, Lee C, et al. Impact of cognitive and physical impairment on carer burden and quality of life. *Qual Life Res* 2008; 17:267-273.
- ²⁵² Sneed RS, Cohen S. Negative social interactions and incident hypertension among older adults. *Health Psychol* 2014; 33(6): 554.
- ²⁵³ Análisis sobre la macroencuesta de violencia de género 2011. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; 2011. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/publicaciones/estudiosinvestigaciones/PDFS/I_V_Macroencuesta_2011.pdf.
- ²⁵⁴ Barbero J. La ética del cuidado. Deficiencia mental y final de la vida (125-159). Madrid: J. Gafo, JR Amor Eds; 1999.
- ²⁵⁵ Instituto Nacional de estadística. Madrid. Instituto Nacional de estadística. [serial online] [acceso 13/04/2012]. Encuesta de empleo del tiempo 2009-2010. Disponible en: Encuesta de empleo del tiempo 2009-2010. Disponible en: http://www.ine.es/prensa/eet_prensa.htm
- ²⁵⁶ Blake H, Mo P, Malik S, Thomas S. How effective are physical activity interventions for alleviating depressive symptoms in older people?. A systematic review. *Clinic Rehabil*. 2009; 23:873-87.
- ²⁵⁷ Windle G, Hughes D, Linck P, Russell I, Woods B. Is exercise effective in promoting mental well-being in older age? A systematic review. *Aging & Mental Health* 2010; 14(6): 652-669.
- ²⁵⁸ Dugan E, Lee CM. Biopsychosocial risk factors for driving cessation findings from the health and retirement study. *J Aging Health* 2013; 25(8):1313-28.
- ²⁵⁹ Applegate WB, Blass JP, Williams TF. Instruments for the functional assessment of older patients. *N Engl J Med* 1990; 322 (17): 1207 – 1214.

- ²⁶⁰ Ready RE, Ott BR, Grace J. Insight and Cognitive Impairment Effects on Quality-of-Life Reports From Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's Disease Patients. *Am J Alzheimers Dis Other Dement* 2006; 21(4): 242-248.
- ²⁶¹ Mental Retirement. Susann Rohwedder and Robert J. Willis. *J Econ Perspect*. 2010 Winter; 24(1): 119–138.
- ²⁶² Melzer D, McWilliams B, Brayne C. Medical Research Council Cognitive Function and Aging Study (MRC CFAS) and Resource Implications Study (RIS MRC CFAS), Writing committee. Profile of disability in elderly people: estimates from a longitudinal population study. *BMJ* 1999; 318: 1108-11.
- ²⁶³ Alonso Fachado A. Influencia del apoyo social en el control metabólico de la diabetes tipo 2. Tesis doctoral. Universidad de Santiago de Compostela, 2009.







VIII.- ANEXOS



Todos los anexos referidos en el índice general se encuentran grabados en el cd que se adjunta con el libro de esta tesis.

Documentos

- A1. Dictamen del Comité Ético de Investigación Clínica
- A2. Presentación en rueda de prensa del trabajo de investigación
- A3. Carta a los profesionales sanitarios
- A4. Carta a los usuarios
- A5. Consentimiento informado
- A6. Encuesta OARS. Versión gallega.
- A7. Manual del entrevistador.
- A8. Escalas de valoración de las puntuaciones de deterioro funcional.

Tablas, ilustraciones y resultados

- A9. Tabla de relación de enfermedades que refieren e interfieren con la vida según la cohorte.
- A10. Representación gráfica de los modelos de regresión múltiple de las diversas áreas de puntuación de deterioro funcional.
- A11. Cálculos de los intervalos de confianza y diferencia de proporciones de las distintas variables estudiadas.
- A12. Cálculos de las variables de las diferentes áreas estudiadas según el sexo



A1. DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA



DITAME DO COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE GALIZA

D. Xoán X. Casas Rodríguez , Secretario do Comité Ético de Investigación Clínica de Galiza

CERTIFICA:

Que este Comité avaliou na súa reunión do día 30/09/2008 o estudo:

Título: Persoas maiores do concello de Ourense. Determinación multifactorial do seu estado funcional

Promotor: Manuel A. Blanco Ramos

Código do Promotor:

Código de Rexistro CEIC de Galicia: 2008/287

Que se cumpren os requisitos éticos aplicábeis a este tipo de estudos, están xustificadas os riscos e molestias previsíbeis para o suxeito e é adecuado o procedemento para obter o consentimento informado.

E que este Comité acepta, de conformidade cos seus Procedementos Normalizados de Traballo, que o devandito estudo sexa realizado nos seguintes centros:

Centros	Investigadores principais
XAP Ourense	Manuel A. Blanco Ramos

En Santiago de Compostela a 30 de setembro de 2008

O Secretario,



Xoán X. Casas Rodríguez



A2. PRESENTACIÓN EN RUEDA DE PRENSA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

La población de personas mayores de 65 años en la ciudad aumenta y supera el 21 por ciento

Concello y Consellería de Sanidade realizarán un estudio pionero en España sobre las necesidades que tienen



VÍCTOR RODRÍGUEZ - OURENSE

La media de vida de los ourensanos supera los 80 años, de ahí que no resulte extraño el aumento de la población de personas mayores de 65 años que residen en la ciudad, y que supera el 21 por ciento, aunque la media a nivel provincial se sitúa por encima del 28 por ciento, mientras que la de Galicia es del 20,7 por ciento.

Así, según los datos del padrón municipal a noviembre de 2007, la población de personas que superan los 65 años era de 22.669, aunque cuentan con la tarjeta sanitaria 23.668, una diferencia que según explicó la concejala de Bienestar Social, Marga Martín, se debe a que esas personas viven en la ciudad con sus hijos, aunque siguen censadas en sus concellos de origen.

Unos datos que son la base del estudio pionero que desde ayer se puso en marcha por parte del Concello de Ourense y la Consellería de Sanidade, del que se encargará un equipo de investigación formado por médicos ourensanos que coordina la directora médica de Atención Primaria, Mercedes Hernández.

El objetivo del estudio surge de la necesidad de "estudiar a nuestros mayores" y, sobre todo "oír a las personas que superan los 65 años, para que nos digan cómo ven su calidad de vida y la planificación de futuro".

Mercedes Hernández recaló que "contamos con la población más envejecida de toda España", algo que "es muy positivo".

Vejez y calidad de vida

Para llevar a cabo el estudio, el grupo de investigación eligió aleatoriamente a 813 personas que residen en la ciudad, entre los que se incluyen las 150 personas mayores a las que ya se entrevistaron hace 8 años, cuando el actual gerente de Atención Primaria, Manuel Blanco, realizó tesis doctoral que versó sobre la relación entre la vejez y la calidad de vida que tienen.

Mercedes Hernández explicó que "empezaremos por los 150 mayores que fueron evaluados hace 8 años", y espera que las encuestas se realicen en los próximos seis meses, para en el plazo de un año contar con datos concretos y realizar los correspondientes análisis sobre la situación en que se encuentran los mayores.

De lo que se trata es de recoger las necesidades que tienen las personas mayores de 65 años, así como las de sus familiares y de los cuidadores, que según explicó la coordinadora del estudio, "son mujeres; hijas o nueras del anciano, con una edad media de 50 años", y que debido a esa nueva situación "no cuidan su salud, se dan cifras muy altas de depresión y ansiedad, con riesgo de aislamiento". Por lo que sostiene que también es fundamental "cuidar a los cuidadores" de las personas mayores.



El colectivo de la tercera edad creció en los últimos años en la ciudad. Jesús Regal

Un millar de mayores se mudaron a la ciudad para que los cuiden sus hijos

El 21% de los vecinos de la capital ourensana tienen más de 65 años, según datos del padrón municipal

Rubén Nóvoa | 3/4/2009

★★★★★ Valoración

Un estudio pretende analizar la realidad de las personas mayores de 65 años en la ciudad de Ourense. El objetivo pasa por conocer su situación actual, sus carencias, sus necesidades, sus preocupaciones y las de sus cuidadores. Será un trabajo que realizará encuestas a cerca de un millar de personas y que, según las previsiones del grupo que lo dirige, les supondrá un año de trabajo.

A la hora de dar el pistoletazo de salida a este trabajo de campo, el grupo de profesionales presentó ya algunas variables que les sirven para centrar su encuesta. Con los datos en la mano, detectaron que hay un desfase de cerca de mil personas mayores de 65 años entre los datos registrados en el padrón municipal y las tarjetas sanitarias del municipio de Ourense. En concreto, las cifras del padrón a noviembre del 2007 indican que en la capital hay 22.699 personas con más de 65 años, mientras que existen un total de 23.668 tarjetas sanitarias. Esta diferencia se debe, según explicó Mercedes Hernández responsable de la investigación, a que «la gente deja los pueblos para ir a la capital. Por eso no están censados en nuestro municipio pero viven en la capital».

Según los datos del padrón municipal, el 21% de la población tiene más de 65 años, una cifra que está siete puntos por debajo de la media de la provincia de Ourense y que, según indicaron, aumenta en zonas como la Baixa Limia, Terras de Caldelas o Celanova.

Por franjas de edad

Los datos por franjas de edades muestran que la más numerosa es la que va desde los 65 a los 74 años, ya que hay censadas en el municipio de Ourense 10.945 personas, de las que 6.046 son mujeres. El siguiente grupo de edad es el que va desde los 75 hasta los 84 años, ya que reúne a un total de 8.577 personas (5.066 mujeres). Con más de 85 años hay censadas en la ciudad 3.177 personas. «E o sector da poboación que máis crece. Os maiores son cada vez máis. As administracións públicas temos que redobrar os esforzos», indicó la concejala de Sanidade, Marga Martín. El estudio que permitirá obtener una radiografía completa de este grupo de edad está financiado por la Consellería de Sanidade y el Concello de Ourense.



La actividad física en los mayores es básica para alargar la esperanza de vida

| PILI PROL

Relacionados de la noticia

- «Envejecer no es sinónimo de estar enfermo»
- El estudio durará un año y entrevistará a 813 personas
- El perfil del cuidador es el de una mujer de 50 años que tiende a sufrir depresión y a aislarse socialmente



Noticias - vistas Videos Álbumes

- Cientos de menores pasaron el Fin de Año en la calle tras pagar 40 euros
- Desigual vuelve a retar al frío en las rebajas de enero
- Adiós a Nucha y Mucha, cantareiras de Ardeullo
- Un incendio calcina dos pubs contiguos de Lugo y obliga a desalojar un edificio
- Kiko Rivera y Jessica Bueno, segunda parte

AHORA EN PORTADA DE LAVOZ.ES

- Gallardón anuncia que no volverá a ser candidato a la alcaldía de Madrid
- La belleza pasa por el quirófano en Corea del Sur
- La CEOE aboga por recuperar la figura del aprendiz con un salario por debajo del mínimo
- Excrcelada una persona tras un accidente en Badajoz

El perfil del cuidador es el de una mujer de 50 años que tiende a sufrir depresión y a aislarse socialmente

| 3/4/2009

☆☆☆☆ Valoración



El trabajo de investigación será realizado por un grupo multidisciplinar conformado por médicos de familia de Atención Primaria, enfermeros de Atención Primaria y el Complejo Hospitalario Ourense y un psicólogo. Entre los objetivos que se plantean están: realizar un diagnóstico sanitario de personas mayores que no estén ingresadas y encontrar las variables que expliquen el deterioro funcional precoz para detectarlo y actuar de manera inmediata.

El estudio que comenzará de manera inmediata tampoco se olvida de los cuidadores de las personas mayores. Por eso, la intención a la hora de realizar las encuestas es que participen tanto el anciano como la persona que la cuida. Según relató Mercedes Hernández, responsable del proyecto, el perfil del cuidador en la provincia es el de una mujer de cincuenta años con relación de hija o niera con el enfermo, que descuida su salud aunque posteriormente se detecta un elevado porcentaje de casos de depresión y ansiedad como consecuencia del cuidado del mayor. Por último, también se percibe que tiende a sufrir aislamiento social y a empeorar su situación económica.

A raíz de los resultados que se obtengan en este estudio, y que no se conocerán antes de un año, se pretende mejorar las políticas sociales y sanitarias en la ciudad. Así, confían en conocer de primera mano la demanda de los recursos sociales. «A veces no llegamos a quienes realmente necesitan las políticas sociales. Se tiene la sensación de que atendemos siempre a las mismas personas», indicó Mercedes Hernández.

Diagnóstico

Durante la presentación del proyecto, el alcalde de Ourense, Francisco Rodríguez, indicó: «Trátase dun traballo que nos vai a permitir facer un diagnóstico moi axeitado da realidade e a situación das persoas maiores».



«Envejecer no es sinónimo de estar enfermo»

| 3/4/2009

☆☆☆☆☆ Valoración



Mercedes Hernández, médica de familia y responsable de la investigación, quiso acabar con varios tópicos que rodean a los mayores: «Envejecer no es sinónimo de estar enfermo. Estamos acostumbrados a ver como se le habla a una persona mayor como si fuera sorda o despacio porque suponemos que no nos entienden. Envejecer es un proceso natural dentro de la vida, y enfermas es perder la salud, que se puede dar también en otras etapas».

El estudio durará un año y entrevistará a 813 personas

| 3/4/2009

☆☆☆☆☆ Valoración



El ambicioso estudio que plantean el Concello de Ourense y la Consellería de Sanidade se prolongará durante un año. En ese período se realizarán 813 encuestas a personas mayores de 65 años. Según explicó la responsable de la investigación, se trata de encuestas muy ambiciosas, ya que se preguntan cuestiones íntimas y cada una tendrá una duración aproximada de una hora. Para ello, los encuestados comenzarán a recibir en su domicilio una carta del Concello de Ourense invitándoles a participar en esta iniciativa. Posteriormente, se procederá a concertar una cita mediante una llamada telefónica.

Un vecino de Xinzo fue detenido por dos robos en casas y uno en grado de tentativa

XINZO • LR

El Equipo de la Policía Judicial de la Guardia Civil de Xinzo detuvo a un vecino del municipio, Francisco A.F., de 64 años, como presunto autor de dos delitos de robo con fuerza en el interior de dos viviendas y uno en grado de tentativa.

El primer robo tuvo lugar el pasado 22 de marzo en As Pegas (Sandiás), donde el hombre supuestamente se apoderó de un crucifijo de oro, prendas de ropa y comestibles. El segundo se registró el 26 de marzo en Lavandeira (Sandiás), en el domicilio de un hombre de 88 años, donde se apoderó de 800 euros, un traje de caballero, enseres de cocina y calzado.

El robo en grado de tentativa ocurrió en A Corra (Sandiás), donde el detenido fue sorprendido por una vecina en el interior de un domicilio.

Francisco A.F. tiene antecedentes por robo y había sido arrestado en otra ocasión por la Guardia Civil.

Una mujer se enfrenta a una multa de 2.700 euros por talar 9.444 pinos en un monte

OURENSE • LR

Una vecina de Parada do Sil, Purificación S.V., de 55 años, se sentó ayer en el banquillo del Juzgado de lo Penal número 2 de Ourense por talar 9.444 pinos que crecían en un monte en mano común de los vecinos de Parada, Chamoso, Cudicán y Fondodevila (Parada do Sil).

Los árboles fueron plantados por la sociedad cooperativa "Os Erbes" en el año 2006. La mujer, según el escrito del fiscal, los taló el 2007, al parecer, por diferencias con la repoblación.

El fiscal solicitó durante la vista que la mujer fuera condenada a una multa de 2.700 euros y que indemnizara con 5.666 euros a la sociedad por los daños.

Un equipo médico investiga las condiciones de vida de las personas mayores en la ciudad

Trabaja junto con el Concello para que los recursos municipales lleguen a todos los ancianos

● Un equipo médico comenzó a analizar las condiciones de vida de las personas mayores de 65 años en la ciudad. Los facultativos realizan el trabajo, pionero en España, en colaboración con el Concello, para aprovechar mejor los recursos municipales. En el caso

urbano residen 23.668 personas mayores de 65 años y las ayudas sociales no están llegando a todos ellos. La iniciativa tiene como objetivo mejorar su calidad de vida y que envejecan de una forma más activa.

OURENSE • A. Rodríguez

"Envejecer y enfermedad no son sinónimos, porque envejecer es natural y enfermarse es perder la salud". Esta es una de las frases a las que recurrió la médica de familia Mercedes Fernández Gómez, para presentar el estudio que comenzaron a realizar el Servicio Galego de Saúde y el Concello de Ourense para mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

En el casco urbano ourensano residen, según el padrón municipal del 2007, un total de 22.699 personas mayores de 65 años, lo que supone un 21% de la población. El censo aumenta en 969 personas (23.668) si se contabilizan las tarjetas sanitarias en vigor. "Pueden que aún sean más. La diferencia que hay entre el padrón y las tarjetas sanitarias son personas de pueblos que se vienen a vivir con sus hijos y no están empadronadas en la ciudad", aseguró Fernández.

Objetivos

El estudio será realizado por un equipo médico y el primer objetivo es conocer cómo viven, qué relación tienen con la familia, el lugar en el que están, sus recursos económicos, la calidad de vida y las preocupaciones que les afectan. Esto es, en palabras de Mercedes Fernández, "escuchar todo lo que tienen que decir y cómo les gustaría que fueran las cosas", afirmó.

Para esta facultativa, el grupo de personas mayores crece cada año y "la baja calidad de vida la relacionan con hospitalización, por eso debemos incidir, trabajar la calidad de vida y atacar el deterioro", añadió.

El equipo médico escogió de forma aleatoria entre las 23.668 personas mayores de 65 años a 813, a las que consideran sig-



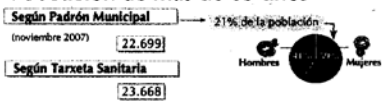
Fernández, Martín, Rodríguez, Jiménez y Blanco, en la presentación de la iniciativa.

nificativas de todo el colectivo. Estos tendrán que responder a las preguntas de una encuesta, siempre en compañía de un familiar y en su propio domicilio. "Hoy ya les informamos a través de una carta del estudio", apuntó Mercedes Fernández.

En la presentación del proyecto, estuvieron presentes el alcalde, Francisco Rodríguez, la concejala de Bienestar Social, Marga Martín, el director gerente de Atención Primaria, Manuel Blanco, "Este trabajo nos va a permitir conocer cuál es el diagnóstico de la realidad en que viven las personas mayores, un colectivo que para el grupo de gobierno es prioritario", dijo el regidor.

Por su parte, Marga Martín, se mostró satisfecha con la iniciativa. "Este estudio ya había sido aprobado a propuesta del PSOE en el año 2005, pero no se llevó a cabo", lamentó.

Población de más de 65 años



► Muestreo de hace ocho años

El estudio parte de la tesis doctoral que elaboró Manuel Blanco hace ocho años con 150 personas mayores de 65 años, todas ellas residentes en la ciudad. Todas ellas serán entrevistadas ahora de nuevo "para conocer cuál fue su evolución", afirmó Manuel Blanco, recordando que "hay ancianos que se vuelven frágiles y esto conlleva ingresarlos en centros específicos como geriátricos, lo que reduce la calidad de vida". Para Blanco Ramos, la calidad de vida siempre será mucho mayor mientras una persona de la tercera edad habite en su casa y se desenvuelva en su entorno natural. Los médicos, una vez detectados las carencias e identificados los factores de riesgo en la pérdida de salud, plantearán medidas para un buen aprovechamiento de los recursos sociales y sanitarios y, así favorecer un envejecimiento natural y activo, promovido por la Organización Mundial de Salud en los años 90.



A3. CARTA A LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Ourense abril de 2009.

Estimado compañeiro:

Como te informáramos previamente na presentación realizada no teu centro de saúde por parte do equipo do proxecto de investigación "PERSOAS MAIORES DO CONCELLO DE OURENSE.DETERMINACION MULTIFACTORIAL DO SEU ESTADO FUNCIONAL", estamos realizando este estudo cuxa intención é, determinar ás variables que inflúen no estado funcional das persoas maiores, ás súas necesidades e ás dos seus familiares e coidadores e que estes datos permitan unha mellor xestión dos recursos destinados polo Concello a este colectivo.

Como nos comprometemos na citada presentación achegámosche a relación dos teus pacientes que van participar no proxecto co fin de que nos poidades introducir, informándolles de que se trata dun traballo de investigación no que os obxectivos pretenden afondar nas necesidades sociosanitarias do noso Concello.

Agradecendo de antemán a túa valiosa colaboración, recibe un saúdo cordial.

Equipo de investigación.

Relación de pacientes:



A4. CARTA A LOS USUARIOS

Estimados sr/sra:

Somos un grupo de investigación, que vai traballar nun proxecto que pretende coñecer as situacións que inflúen no estado funcional das persoas maiores do Concello de Ourense.

O grupo de investigación está constituído por médicos de atención primaria, enfermaría e un psicólogo do noso Concello.

Para levalo a cabo necesitamos entrevistar a un grupo de persoas maiores de 65 anos, entre nas que está vostede, escollidas ao chou, e facerlle unha serie de preguntas para saber cómo se desenvolve na súa vida diaria, qué problemas de saúde ten, qué necesidades sociais precisaría vostede e/ou a súa familia. Con todos eses datos faremos un estudo da situación dos maiores do concello de Ourense. Tódolos datos obtidos na entrevista trataráanse de modo totalmente confidencial e anónimo, e sempre contando co seu previo consentimento.

O seu médico de familia tamén lle poderá informar do estudo, dado que xa nos puxemos en contacto con él para explicarllelo.

A entrevista terá lugar no seu domicilio, previa concertación dunha cita a través do teléfono, e será o psicólogo do concello de Ourense, Don David Pardo Hermida, quen se vai acercar a súa casa a facerlle este cuestionario.

A nosa intención é, como dicíamos ao principio, determinar as variables que inflúen no estado funcional das persoas maiores, as súas necesidades e as dos seus familiares e coidadores, o nivel de minusvalidez no desenvolvemento das actividades da vida diaria, descubrir necesidades non cubertas e posteriormente aplicar os resultados para a planificación e xestión dos recursos sociais e sanitarios.

Por último, recordarlle que o seu médico poderá resolverlle as dúbidas que lle xurdan sobre este tema

Agradecemos de antemán a súa colaboración.

Atentamente,

O GRUPO INVESTIGADOR



A5. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Confidencialidade.

Estamos a realizar o estudo “ Persoas maiores do concello de Ourense. Determinación multifactorial do seu estado funcional” co obxectivo principal de facer un diagnóstico sociosanitario ds persoas maiores de 65 anos non institucionalizadas do concello de Ourense. Realizaremos una enquisa que está orientada á exploración das áreas de Saúde física, mental, apoio social e actividades da vida diaria, que en caso de non poder realizar a persoa determinada polo seu deterioro funcional, a realizará o cuidador principal sea o ben un familiar seu o a persoa que realiza os seus cuidados. Esta enquisa realizarase no domicilio da persoa obxecto do estudo.

Os datos obtidos neste estudo serán exclusivamente utilizados para as fins mencionadas no mesmo. O equipo de investigación manterá confidencialidade da información médica obtida según o disposto pola lei 15/1999 de protección de datos de carácter persoal. A cada enquisa se lle asociará un código co que será posíbel identificar a súa enquisa. Por outra banda, Vde. poderá ter acceso á súa información que se determine durante o estudo.

Para calquera dúbida pode Vde comunicarse co responsable do estudo, DR. M. ANGEL BLANCO RAMOS no teléfono 988066773.

Participación voluntaria:

A súa participación no estudo é totalmente voluntaria, polo que pode rexeitar tomar parte no estudo.

Formulario de aceptación do estudo sobre Persoas maiores do concello de Ourense.determinación multifactorial do seu estado funcional.

Eu....., declaro baixo a miña responsabilidade que recibín suficiente información sobre o estudo.

Puden facer preguntas sobre o mesmo.

Fun informado por.....

Entendo que a miña participación é voluntaria.

Entendo que podo retirarme do estudo:

- 1) Cando queira.
- 2) Sen ter que dar explicacións.
- 3) Sen que isto repercuta nos meus coidados médicos.

Ourense, ade.....de.....

Sinatura do participante:

Sinatura do monitor:

CONFIDENCIALIDAD.

Estamos realizando el estudio "Personas mayores del Ayuntamiento de Ourense. Determinación multifactorial de su estado funcional" con el objetivo principal de hacer un diagnóstico socio sanitario de las personas mayores de 65 años no institucionalizadas del Ayuntamiento de Ourense. Realizaremos una encuesta que está orientada a la exploración de las áreas de Salud física, mental, apoyo social y actividades de la vida diaria, que en caso de no poder realizar a la persona determinada por su deterioro funcional, la realizará el cuidador principal sea o bien un familiar suyo o la persona que realiza sus cuidados. Esta encuesta se realizará en el domicilio de la persona objeto del estudio.

Los datos obtenidos en este estudio serán exclusivamente utilizados para los fines mencionados en el mismo. El equipo de investigación mantendrá confidencialidad de la información obtenida según lo dispuesto por la ley 15/1999 de protección de datos de carácter personal. A cada encuesta se le asociará un código con el que será posible identificar su encuesta. Por otro lado, Vd. podrá tener acceso a su información que se determine durante el estudio.

Para cualquier duda puede comunicarse Vd. con el responsable del estudio, DR. M. ANGEL BLANCO RAMOS en el teléfono 988066773.

Participación voluntaria:

Su participación en el estudio es totalmente voluntaria, por lo que puede rechazar tomar parte en el estudio.

Formulario de aceptación del estudio sobre Personas mayores del concello de Ourense. Determinación multifactorial de su estado funcional.

Yo....., declaro bajo mi responsabilidad que recibí suficiente información sobre el estudio.

Pude hacer preguntas sobre el mismo.

Fui informado por.....

Entiendo que mi participación es voluntaria.

Entiendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) Cuando quiera.**
- 2) Sin tener que dar explicaciones.**
- 3) Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.**

Ourense, ade.....de.....

Firma del participante:

Firma del monitor:



A6. ENCUESTA OARS. VERSIÓN GALLEGA

**Cuestionario de Avaliación Funcional Multidimensional
dos Adultos de Idade Avanzada
OARS-MFAQ. Revisión de 1988.
(Adaptacións: Sevilla 1993 e Vigo 1994)**

Copyright 1975 Duke University Center for the Study of Aging and Human Development

[A CUBRIR POLO RESPONSABEL DO TRABALLO DE CAMPO]

Nome do Suxeito: _____

Enderezo: (rúa/praza/..., nº, andar): _____

Concello _____

Sexo: Home .. 0 Muller .. 1 Data de nacemento: ____ / ____ / ____ Titulación: _____

Idioma de presentación: Galego .. 0 Castelán .. 1 Entrevistador: ____

SE NON SE PODE ENTREVISTAR AO INDIVIDUO, INDICALA CAUSA:

- 1 Erro do Padrón (<65 anos, nunca viviu alí, enderezo inexistente).
- 2 Existe evidencia (polos veciños) de traslado a domicilio inaccesible durante a realización do estudo: temporalmente ou definitivamente reside noutro domicilio descoñecido.
- 3 Defunción.
- 4 Ingreso nunha institución cerrada (residencia da 3ª idade, ...).
- 5 Hospitalización.
- 6 Non localizable após de 4 intentos e non hai evidencia de que non vive alí.
- 7 Negativa a colaborar.

Os campos precedidos por # non deben introducirse na base de datos xeral.

**Cuestionario de Avaliación Funcional Multidimensional
dos Adultos de Idade Avanzada**

OARS-MFAQ. Revisión de 1988.
(Adaptacións: Sevilla 1993 e Vigo 1994)

Copyright 1975 Duke University Center for the Study of Aging and Human Development

Lugar da entrevista: Domicilio do suxeito0 Outro lugar1

Data da entrevista: ____/____/____ Hora de inicio (1): ____.

Asegurámoslle que as súas respostas serán confidenciais, gardaranse absolutamente en segredo.



1. CUESTIONARIO PRELIMINAR

(FACE-LAS PREGUNTAS 1 A 10 E APUNTAR TÓDALAS RESPÓSTAS. SO SE PREGUNTA A 4a SE O SUXEITO NON TEN TELEFONO-. MARCA- LO CORRECTO (+) E INCORRECTO (-) PARA CADA UNHA E APUNTA-LO NUMERO TOTAL DE ERROS BASEADOS NAS 10 PREGUNTAS).

1 0

+ -

1. ¿A que data estamos? Día, mes e ano. __/__/__
2. ¿Que día da semana é? _____
3. ¿Como se chama esta cidade? _____
4. ¿Cal é o seu número de teléfono? _____
- 4a. (SO SE NON TEN TELEFONO). ¿Cal é o seu enderezo/dirección? _____
5. ¿Cantos anos ten? _____
6. ¿Cal é a súa data de nacemento? Día, mes e ano. __/__/__
7. ¿Como se chama o rei de España? _____
8. ¿Como se chamaba o anterior xefe do estado español? _____
9. ¿Cal é o segundo apelido da súa nai? _____
10. Quítelle 3 a 20 e faga o mesmo con cada número que obteña ata que non poida seguir restando

(OS NÚMEROS CORRECTOS SON: 17, 14, 11, 8, 5, 2).

____ Número total de erros.

2. Número de fillas (vivas): ____

3. Número de fillos varóns (vivos): ____

4. Idade do suxeito: (NON CUBRIR NIN PREGUNTAR)

5. ¿Que estudos ten feito?

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Non sabe ler nin escribir | 1 |
| Ningún, pero sabe ler e escribir | 2 |
| Foi á escola primaria pero non rematou | 3 |
| Ensino primario rematado (Certificado escolar, Certificado de Estudios Primarios, Bacharelato Elemental | 4 |
| Título de Bacharelato Superior, Mestría ou calquera outro tipo de formación profesional titulada..... | 5 |
| Estudios medios (Diplomatura Universitaria -mestre, practicante)..... | 6 |
| Estudios Superiores (Licenciatura Universitaria)..... | 7 |
| NC | 9 |

RECURSOS SOCIAIS

Parte III. N° de Orde: _____

Agora gustaría preguntarle algunhas cuestións sobre a súa familia e amigos.

6. ¿Está solteiro/a (nunca estivo casado/a), casado/a, viúvo/a, divorciado/a ou separado/a?

Solteiro/a..... 1 Casado-a/En parella..... 2 Viúvo/a..... 3

Divorciado-a/Separado-a.... 4 NC..... 9

7. ¿Quen vive con vostede na súa casa?

(MARCAR "SI" OU "NON" PARA CADA UNHA DAS SEGUINTE).

SI NON

a) Ninguén.....	1	0
b) Marido/Muller.....	1	0
c) Fillos/as	1	0
d) Netos/as.....	1	0
e) Pais ou sogros	1	0
f) Irmáns/irmás ou cuñados/as.....	1	0
g) Outros familiares (ESPECIFICAR).....	1	0
h) Amigos/as.....	1	0
i) Asistente (a soldo ou prestándolle unha habitación sen ser familiar).....	1	0

7.J. FOGAR MULTIXENERACIONAL:

TRES OU MAIS XENERACIÓNS VIVINDO NA MESMA CASA 1 MENOS ... 0

8. ¿A canta xente coñece o suficiente como para ir de visita a súa casa?

Cinco ou máis..... 3 Tres ou catro.... 2 Un o dous..... 1 Ninguén..... 0 NC..... 9

9. Aproximadamente, ¿Cantas veces falou Vd. por teléfono a semana pasada con alguén -amigos, familiares ou outros- tanto se o chamaron como se chamou Vd.) (SE NON TEN TELEFONO TAMÉN SE APLICA A PREGUNTA).

Unha vez ó día ou máis... 3 De dúas a seis veces na semana... 2 Unha vez na semana... 1

Ningunha..... 0 NC..... 9

10. ¿Cantas veces durante a semana pasada pasou Vd. algún tempo con alguén con quen non vive; es dicir, Vd. foi a velos ou eles viñeron visitalo/a, ou saíron a facer algo xuntos?

Unha vez ó día ou máis..... 3 De dúas a seis veces á semana.... 2 Unha vez na semana..... 1

Ningunha..... 0 NC..... 9

11. ¿Ten alguén en quen poida confiar? Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

12. ¿Encóntrase só/soa moi a miúdo, ás veces ou case nunca?

Moi a miúdo.... 0 Algunhas veces..... 1 Case nunca..... 2 NC..... 9

13. ¿Ve ós seus familiares e amigos tan a miúdo como quere, ou non?

Tan a miúdo como quero..... 1 Non tan a miúdo como quixese..... 0 NC..... 9

14. ¿Hai alguén que podería axudalo/a si estivese enfermo/a ou incapacitado/a, por exemplo, a súa muller/o seu home, un membro da súa familia ou un amigo? (REFÍRESE A AXUDA SOCIAL, NON ECONÓMICA)

Si..... 1 Non hai ninguén disposto e capaz de axudar..... 0 NC..... 9

(SE RESPONDEN QUE SI PREGUNTAR a E b).

- a. ¿Hai alguén que podería coidalo/a tanto tempo como necesitara, só por pouco tempo, ou alguén que o/a axudaría e cando en vez (por exemplo: levándoo/a ó médico ou preparándolle a comida ocasionalmente, etc.?)

Alguén que o/a coidaría indefinidamente (tanto tempo como o necesitara) 3

Alguén que o/a coidaría por pouco tempo (dunhas poucas semanas a seis meses)..... 2

Alguén que o/a axudaría de cando en vez (levándoo/a ó médico ou preparándolle unha comida, etc)..... 1

NC..... 9

- b. ¿Quen é/son esas persoas?

Relación:

	SI	NON
a. Cónxuxe	1	0
b. Irmán/Irmá.....	1	0
c. Fillos/as.....	1	0
d. Netos/as.....	1	0
e. Outro parente.	1	0
f. Amigo/a.....	1	0
g. Outro.	1	0

RECURSOS ECONÓMICOS

Agora gustaríame preguntarlle algunhas cuestións sobre a súa situación laboral.

15. A súa actividade actual é: (MARCAR SI OU NON PARA CADA UNHA DAS SEGUINTE OPCIÓNS).

	SI	NON
a. Ama de casa	1	0
b. Traballa a tempo completo.....	1	0
c. Traballa a tempo parcial	1	0
d. Xubilado por idade.....	1	0
e. Xubilado por invalidez	1	0
f. Non traballa e está a buscar traballo.....	1	0
g. Non traballa e non busca traballo.....	1	0

- 16 A. ¿Que tipo de traballo tivo a maior parte da súa vida? (ELEXI-LO MAIS APROPIADO).

Non estivo nunca empregado/a..... 1 Ama de casa..... 2 Outro.....3 NC..... 9

- 16 B. SI LA RESPOTA ANTERIOR FOI 3 (outro) ESPECIFIQUE A OCUPACIÓN DETALLADAMENTE): _____

- 17 ¿Traballa o seu marido/muller ou traballou algunha vez? (APLÍCASE A PREGUNTA SO PARA O CÓNXUXE CO QUE ESTIVO CASADO/A DURANTE MAIS TEMPO).

Si..... 1 Non.....0 Nunca estivo casado/a..... 2 NC..... 9

(SE RESPONDE QUE SI, PREGUNTAR A).

- A. ¿Que tipo de traballo fixo ou fai a súa muller/marido?

(DETALLA-LA OCUPACIÓN). _____

18 ¿De onde proveñen os seus ingresos (seus e do seu marido/muller)? (MARCAR "SI" OU "NON" PARA CADA UNHA DAS SEGUINTE E SE E QUE "SI", APUNTA-LA CANTIDADE E FRECUENCIA).

	<u>FRECUENCIA</u>					
	SI	NO	CANTO	SEMANAL	MENSUAL	
ANUAL						
A. Do emprego ou negocio	1	0	_____	1	2	3
B. Ingresos por rendas de capital (dividendos de inversións, interese de aforros, fondos de pensións) e rendas de patrimonio (alugueros)	1	0	_____	1	2	3
C. Paga da Seguridade Social (inclúe paga por incapacidade)	1	0	_____	1	2	3
D. Pensión de xubilación da empresa	1	0	_____	1	2	3
E. Outras pagas provenientes de Colexios Profesionais, Montepíos, etc.	1	0	_____	1	2	3
F. Subsidio de desemprego	1	0	_____	1	2	3
G. Pensión alimenticia (en caso de separados ou divorciados)	1	0	_____	1	2	3
H. Becas de estudio de fillos ou netos	1	0	_____	1	2	3
I. Axuda por fillos minusválidos	1	0	_____	1	2	3
J. Axuda financeira regular por parte de membros da familia (incluíndo contribucións regulares por parte dos fillos empregados)	1	0	_____	1	2	3
K. Salario social	1	0	_____	1	2	3
L. Axuda financeira regular de organizacións privadas e igrexas	1	0	_____	1	2	3
M. Outros	1	0	_____	1	2	3

N) ¿Que cantidade de ingresos ten Vd. (e o seu marido/muller)? (MOSTRAR UNHA ESCALA DE INGRESOS ANUAIS E MARCA-LA LETRA QUE IDENTIFICA TANTO OS INGRESOS MENSUAIS COMO ANUAIS).

<u>MENSUALMENTE</u>	<u>ANUALMENTE</u>
A. Menos de 10.000 01	Menos de 140.000.....01
B. De 10.001 a 15.000 02	De 140.001 a 210.00002
C. De 15.001 a 20.000 03	De 210.001 a 280.00003
D. De 20.001 a 30.000 04	De 280.001 a 420.00004
E. De 30.001 a 40.000 05	De 420.001 a 560.00005
F. De 40.001 a 50.000 06	De 560.001 a 700.00006
G. De 50.001 a 60.000 07	De 700.001 a 840.00007
H. De 60.001 a 80.000 08	De 840.001 a 1.120.00008
I. De 80.001 a 100.000 09	De 1.120.001 a 1.400.00009
J. De 100.001 a 120.000 10	De 1.400.001 a 1.680.00010
K. De 120.001 a 150.000 11	De 1.600.001 a 2.100.00011
L. De 150.001 a 200.000 12	De 2.100.001 a 2.800.00012
M. Máis de 200.000 13	Máis de 2.800.00013

19. ¿Cantas persoas viven destes ingresos? (Refírese ás persoas que alomenos a metade dos seus gastos proveñen da cifra anterior) _____

20. ¿A casa na que vive é da súa propiedade? Si (PASA A "a" E "b")..... 1 Non (PASA A "c" E "d")..... 0 NC..... 9

a) ¿En canto está valorada aproximadamente na actualidade?:

Menos de un millón..... 1	De quince a menos de vinte.....5
De un a menos de cinco 2	De vinte a menos de trinta.....6
De cinco a menos de dez..... 3	Máis de trinta.....7
De dez a menos de quince..... 4	NC9

b) ¿Está pagando hipoteca aínda?

Non.... 1 Si..... 2 NC..... 9

(SE AÍNDA A ESTA A PAGAR -DÍXITO 2 EN P.20b- PREGUNTAR (1.).

(1.) ¿Canto paga de hipoteca mensualmente?

Menos de 5.000 ptas..... 1	De 5.001 a 10.000.....2	De 10.001 a 20.000..... 3
De 20.001 a 30.000 4	De 30.001 a 40.000.....3	De 40.001 a 50.000 6
Máis de 50.000..... 7	NC9	

c) ¿Quen paga o aluguer da súa casa?

Vd. paga o total do aluguer..... 1 Vd. contribúe en parte ó custo.....2
Hai alguén que lle deixa a súa casa ou paga o aluguer e Vd. non paga nada3 NC 9

(SE RESPONDE DÍXITOS 1 OU 2 PREGUNTAR (1.).

(1.) ¿Canto paga polo aluguer?

Menos de 5.000 ptas..... 1	De 5.001 a 10.000.....2	De 10.001 a 20.000..... 3
De 20.001 a 30.000 4	De 30.001 a 40.000.....5	De 40.001 a 50.000 6
Máis de 50.000..... 7	NC9	

d) ¿Vive nunha casa cedida gratuitamente por unha institución ou recibe algunha subvención para o aluguer?

Non, ningunha das dúas cousas0 Si, vivo nunha casa cedida gratuitamente..... 1
Si, recibo unha subvención2 NC 9

e) ¿Considera Vd. que o sitio onde vive é digno?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

f) ¿A parte da vivenda, ten vostede outras propiedades, coma casa, terras, valores de bolsa ou parte nalgunha empresa?

Si.....1 (PASAR A "g") Non.....0 (PASAR A P.21) NC....9 (PASAR A P.21)

g) ¿Sen contar ca súa vivenda actual, en canto valora as súas propiedades aproximadamente, na actualidade?

Menos de un millón.....1
De un a menos de cinco.....2
De cinco a menos de dez3
Máis de dez4
NC5

21. ¿Cree que as súas propiedades e ingresos son suficientes para facer fronte a un imprevisto?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

22. ¿Os seus gastos son tan grandes que non pode facerlles fronte, chégalle o xusto para pagalos ou non supoñen un problema para vostede?

Non podo facerlles fronte.....1 Chégame xusto..... 2
Non teño problemas cos gastos.....3 NC 9

23. ¿A súa situación económica é tal que cree Vd. que necesita axuda económica ou que lle aumenten a que ten?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

24. ¿Paga Vd. a súa alimentación ou obtén algunha axuda regular para iso? **INCLÚE AXUDAS PARA A COMPRA DE COMIDA E COMEDORES PÚBLICOS**

Págaa Vd. mesmo / ou Non a paga pero podería pagala..... 1 Recibe axuda..... 2 NC..... 9

(SI RESPONDE DÍXITO 2 EN P.24 PREGUNTAR a)

a. ¿De quen? (MARCAR 'SI' OU 'NON' PARA CADA UNHA DAS SEGUINTEs)

	SI	NON
A. Familia ou amigos.....	1	0
B. Recibo axuda dunha institución (gubernamental ou benéfica)	1	0
C. Come nalgunha institución benéfica ou lla traen a casa..... (comida xa preparada)	1	0
D. (ESPECIFICA-LO NUMERO DE COMIDAS A SEMANA) _____		

25. ¿Cre que necesita recibir algún tipo de axuda económica para a compra de comida?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

26. ¿Ten seguridade social ou algún tipo de seguro de enfermidade?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9 (SE CONTESTA QUE "SI" PREGUNTAR a)

a. ¿Que tipo de seguro? [MARCAR SI OU NON PARA CADA UNHA DAS SEGUINTEs]:

	SI	NON
A. Seguridade Social/MUFACE/ISFAS.....	1	0
B. Seguro privado, só de hospitalizacións	1	0
C. Seguro privado, só médico.....	1	0
D. Seguro privado, médico e hospital	1	0
E. Outros seguros de indemnizacións por enfermidade	1	0

27. Por favor, dígame como pensa que está Vd. agora economicamente, respecto a outras persoas da súa mesma idade -mellor, igual ou peor-?

Mellor..... 2 Igual..... 1 Peor..... 0 NC.....9

28. ¿A cantidade de ingresos que Vd ten, como cobre as súas necesidades: moi ben, medianamente ben ou escasamente?

Moi ben.... 2 Medianamente ben.... 1 Escasamente..... 0 NC..... 9

29. ¿Normalmente ten diñeiro como para comprar pequenos "extras", é dicir, permitirse pequenos caprichos

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

30. Hoxe por hoxe, ¿cree que terá suficiente para as súas necesidades no futuro?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

SAÚDE MENTAL

A continuación, gustaría facerlle unhas preguntas sobre os seus sentimentos cara a vida.

31. ¿Con que frecuencia diría que se preocupa polas cousas en xeral- moi a miúdo, algunhas veces o case nunca-?

Moi a miúdo..... 0 Algunhas veces... 1 Case nunca..... 2 NC..... 9

32. En xeral, ¿encontra a vida interesante, monótona ou aburrida?

Interesante..... 2 Rutineira..... 1 Aburrida..... 0 NC.... 9

33. Tendo en conta todo o que lle ocorre neste momento, en xeral ¿como describiría a súa satisfacción coa vida: boa, regular ou mala?

Boa..... 2 Regular..... 1 Mala..... 0 NC..... 9

34. Por favor, responda **verdadeiro ou falso** ás seguintes preguntas, segundo se axustan a Vd. actualmente. Non hai respostas correctas ou incorrectas, só se lle son aplicables. Algunha delas pode parecerlle que non ten nada que ver con Vd., pero por favor, conteste **verdadeiro ou falso** á que máis se lle aproxime.

(MARCAR VERDADEIRO OU FALSO PARA CADA UNHA)

- (a) Esperto fresco/a e descansado/a case tódalas mañás..... Verdadeiro.....FALSO
(b) A miña vida diaria está chea de cousas que me manteñen interesado/a..... Verdadeiro.....FALSO
(c) As veces sentín moitísimos desexos de abandona-lo meu fogar..... VERDADEIRO.....Falso
(d) Ninguén parece comprenderme..... VERDADEIRO.....Falso
(e) Tiven períodos de días, semanas ou meses en que non podía ocuparme de nada porque non podía máis VERDADEIRO.....Falso
(f) O meu sono é irregular e inqueda..... VERDADEIRO.....Falso
(g) Son feliz a maior parte do tempo..... Verdadeiro.....FALSO
(h) Penso que se trama algo contra min..... VERDADEIRO.....Falso
(i) Verdadeiramente ás veces sinto que non sirvo para nada..... VERDADEIRO.....Falso
(j) Durante os últimos anos, estiven ben a maior parte do tempo..... Verdadeiro.....FALSO
(k) Síntome débil con moita frecuencia..... VERDADEIRO.....Falso
(l) Dóeme a cabeza moi poucas veces..... Verdadeiro.....FALSO
(m) Non tiven dificultade ningunha para mante-lo equilibrio cando camiño?..... Verdadeiro.....FALSO
(n) Case nunca noto palpitacións e moi poucas veces fáltame a respiración Verdadeiro.....FALSO
(o) Mesmo cando estou con xente, síntome só a maior parte das veces?..... VERDADEIRO.....Falso

(p) SUMA DAS RESPOTAS EN MAIÚSCULAS _____

35. As veces a xente di que padece de nervios, con relación a isto, ¿como está Vd. dos nervios nestes momentos?

Excelente.... 3 Boa.... 2 Regular.... 1 Mala.... 0 NC... 9

36. ¿Neste sentido, ¿Séntese agora mellor, igual o peor que hai cinco anos?

Mellor..... 2 Igual..... 1 Peor..... 0 NC..... 9

. ¿Onde o atende normalmente o seu médico de cabeceira?

Centro de saúde..... 1 Ambulatorio..... 2 Consultorio da S.S..... 3
 Seguro Privado 4 Consulta Privada..... 5 N.C 9

37. ¿Cantas veces foi ó médico ou enfermeira nos últimos seis meses, (dende _____ ESPECIFICAR MES), sen estar ingresado/a nun hospital? (EXCLÚENSE OS PSIQUIATRAS).

Número de veces _____

38. Nos últimos seis meses, dende _____, ¿Cantos días estivo Vd. tan enfermo que non foi quen (que foi incapaz) de levar a cabo as súas actividades cotiás -como ir traballar ou face-las cousas da casa-?

Ningún..... 0 Unha semana ou menos..... 1 Máis de unha semana pero menos de un mes 2
 De 1 a 3 meses 3 De 4 a 6 meses..... 4 NC 9

39. ¿Cantos días nos últimos seis meses, dende _____, estivo Vd. ingresado/a no hospital por problemas de saúde? (EXCLÚENSE INGRESOS POR SAÚDE MENTAL)

Número de Días _____

40. ¿Cantas visitas na súa casa lle fixo o seu médico de cabeceira nos últimos seis meses, dende _____ debido a problemas de saúde?

Número de visitas _____

41. ¿Cre Vd. que necesita coidados médicos ou tratamentos ademais dos que recibe neste momento?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

42. Aquí teño unha lista de medicamentos que os médicos adoitan receitar. ¿Podería dicirme, por favor, se lle receitaron algún dos seguintes **no último mes**? (MARCAR 'SI' OU 'NON' PARA CADA MEDICAMENTO).

SI NON

a. Medicamentos para a artrite ou artrose.....	1	0
b. Medicamentos para a dor (distintos dos de arriba).....	1	0
c. Medicamentos para a hipertensión arteria.....	1	0
d. Medicamentos para asma ou bronquite crónica (Ventolín, Teofilina).....	1	0
e. Para a insuficiencia cardíaca ou arritmias, como Digoxina ou diuréticos.....	1	0
f. Medicamentos para a anxina de peito ou enfermidade coronaria como.....	1	0
Cafinitrina, Vernies ou parches.....	1	0
g. Anticoagulantes (por exemplo, Aspirina, Disgren, Sintrom).....	1	0
h. Medicamentos para mellora-la circulación.....	1	0
i. Inxeccións de insulina para a diabete.....	1	0
j. Pastillas para a diabete.....	1	0
k. Medicamentos para a úlcera de estómago ou duodeno,ou hernia de hiato.....	1	0
l. Medicamentos para o estreñimento ou a colite.....	1	0
m. Medicamentos para o Párkinson.....	1	0
n. Medicamentos para a próstata ou a menopausa.....	1	0
o. Antibióticos.....	1	0
p. Tranquilizantes ou medicamentos para os nervios.....	1	0
q. Medicamentos para durmir (unha vez á semana ou máis).....	1	0
r. Colirios para glaucoma ou cataratas (Timofol, Clarvisan).....	1	0

43. ¿Ten algunha das seguintes enfermidades nestes momentos?

(MARCAR "SI" OU "NON" PARA CADA UNHA DAS SEGUINTE. SE RESPONDEN "SI", PREGUNTAR:

"¿Canto interfere a enfermidade nas súas actividades: nada, un pouco, moito?" E MARCA-LA RESPONDA NO SITIO CORRECTO).

	SI	NON	NADA	UN POUCO	MOITO
1. Reumatismo, artrose, lumbago, ciática, columna, gota.....	* 0	1	2	3	
2. Glaucoma, cataratas, desprendemento de retina.....	* 0	1	2	3	
3. Asma, EPOC, bronquite crónica, mancha ou lesión de pulmón, pleura, enfisema.....	* 0	1	2	3	
4. Hipertensión arterial.....	* 0	1	2	3	
5. Tremor, párkinson, problemas para mante-lo equilibrio.....	* 0	1	2	3	
6. Enfermidade coronaria, anxina de peito, infarto.....	* 0	1	2	3	
7. Insuficiencia cardíaca, arritmia.....	* 0	1	2	3	
8. Problemas de circulación sanguínea, varices, úlceras, chagas.....	* 0	1	2	3	
9. Diabete.....	* 0	1	2	3	
10. Úlceras de estómago ou duodeno, gastrite, ardores, hernia de hiato.....	* 0	1	2	3	
11. Estreñimento, colite, fisuras, hemorroides (almorrás).....	* 0	1	2	3	
12. Enfermidades do fígado, cirrose, hepatite.....	* 0	1	2	3	
13. Enfermidades do ril, urea, pedras no ril.....	* 0	1	2	3	
14. Próstata, cistite, infección na ouriña.....	* 0	1	2	3	
15. Cancro, leucemia, tumor.....	* 0	1	2	3	
16. Anemia.....	* 0	1	2	3	
17. Trombose, embolia, hemorraxia cerebral.....	* 0	1	2	3	
18. Arterioesclerose, perda de memoria, demencia, mareo-vertixe, dificultade para falar.....	* 0	1	2	3	
19. Enfermidades dos pes, xoanetes, calos, calosidades, fungos.....	* 0	1	2	3	
20. Hernias da virilla (ingle) e do ventre.....	* 0	1	2	3	
21. Dor de cabeza.....	* 0	1	2	3	
22. Obesidade.....	* 0	1	2	3	
23. Enfermidades da boca e dentes, farinxite crónica.....	* 0	1	2	3	
24. Bocio, tiroide.....	* 0	1	2	3	
25. Eccema, picor (comechón), outras enfermidades da pel.....	* 0	1	2	3	
26. Pneumonía, broncopneumonía.....	* 0	1	2	3	
27. Trastornos da menopausa.....	* 0	1	2	3	
28. Falta de apetito, debilidade, desnutrición.....	* 0	1	2	3	

44. ¿Ten algunha incapacidade física como parálise total ou parcial, falta dun membro ou da súa función, ou fractura de osos na actualidade?

Non.....0 Parálise total.....1 Parálise parcial.....2
Falta dun membro ou da súa función.....3 Fractura de osos.....4 NC.....9

45. ¿Como está da vista (con gafas ou lentillas postas) -excelente, ben, regular, mal, ou está cego/a?

Excelente..... 1 Ben.... 2 Regular..... 3 Mal..... 4 Está cego..... 5 NC.... 9

46. ¿Como está do oído -excelente, ben, regular, mal, ou está xordo/a? (SEN AXUDA PARA OÍR)

Excelente..... 1 Ben.... 2 Regular..... 3 Mal..... 4 Está xordo/a..... 5 NC.... 9

47. ¿Neste intre, ¿ten algún outro problema físico ou enfermidades que afecten seriamente a súa saúde?

Si.....1 Non..... .0 NC ..9

SE A RESPONDA ANTERIOR FOI SI (1), ESPECIFICAR: _____

SUPERVISIÓN CONTINUA, SEGUIMIENTO OU CONTROLES CONTINUADOS

71-14. Durante os últimos seis meses (dende _____ **ESPECIFICAR MES**) ¿houbo algún tempo no que alguén tivo que estar con vostede as 24 horas do día?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

SE "NON" PASAR A c.; SE "SI" PREGUNTAR a., b., E c.]

71-14a. ¿Quen o/a atendeu ou axudou dese xeito?

	SI	NON
A. Un membro de la familia.....	1	0
B. Un/unha amigo/a.....	1	0
C. Alguén que cobra por axudalo/a neste sentido	1	0
D. Alguén da Seguridade Social ou doutra institución	1	0

71-14b. ¿Aínda ten que estar xunto a Vd. alguén coidándoo/a todo o tempo?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

71-14c. ¿Cree Vd. que necesita a alguén que estea xunto a Vd. coidándoo/a todo o tempo?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

DISPOSITIVOS DE APOIO E PRÓTESE

48. ¿Usa Vd. algunha das seguintes axudas con bastante frecuencia? (**MARCAR SI OU NON PARA CADA AXUDA**).

	SI	NON
a. Bastón.....	1	0
b. Muletas.....	1	0
c. Silla de rodas	1	0
d. Prótese de cadeira ou xeonllo, ou férulas da perna.....	1	0
e. Faixa ou corsé ortopédico	1	0
f. Dentaduras	1	0
g. Audífono (aparelo para xordos).....	1	0
h. Pañales incontinencia.....	1	0
i. Catéter ou sonda.....	1	0
j. Equipo de colostomía	1	0
k. Cama articulada ou colchón antiescaras	1	0
l. Osíxeno.....	1	0

49. ¿Necesita algunha axuda deste tipo ou similar que actualmente non teña? **Si ...1 Non ...0 NC ...9**

50. SE A RESPUESTA ANTERIOR FOI SI (1): (¿Cal/cales? ESPECIFICAR UTILIZANDO AS LETRAS CORRESPONDENTES AS OPCIONES DE RESPUESTA A PREGUNTA 48, SE E NECESARIO, REPETILAS_____)

51. ¿Ten algún problema de saúde a causa da bebida, ou o seu médico tenlle dito que debería beber menos?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

52. ¿Practica regularmente algún tipo de actividade física dura como cultiva-la terra, longas caminatas ou deportes fortes como nadar, tenis, bicicleta; sube e baixa escaleiras repetidamente ou fai limpeza xeral?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

53. ¿Como valora Vd. a súa saúde globalmente no momento actual -excelente, boa, regular ou mala-?

Excelente..... 3 Boa..... 2 Regular..... 1 Mala..... 0 NC.....9

54. ¿A súa saúde é agora mellor, igual ou peor que hai cinco anos?

Mellor..... 2 Igual..... 1 Peor..... 0 NC... 9

55. ¿Os seus problemas de saúde impídenlle face-las cousas que Vd. quixese -non nada, un pouco, moito-?

Non nada..... 2 Un pouco..... 1 Moito..... 0 NC..... 9

ACTIVIDADES DA VIDA DIARIA-AVD

Agora gustárame facerlle algunhas preguntas sobre as súas actividades da vida diaria, as cousas que todos necesitamos facer como parte das nosas vidas diarias. Gustárame saber se vostede pode facer estas actividades sen axuda ningunha, se necesita algunha axuda para facelas, ou se non pode facelas (ASEGURARSE DE LER O/A ENTREVISTADO/A TÓDALAS ELECCIÓNS DE RESPUESTA QUE LLE SEXAN APLICABLES DAS PREGUNTAS 56 A 69).

AVD INSTRUMENTAL

56. ¿Pode vostede usa-lo teléfono...

Sen axuda, incluíndo busca-los números e marcar2
 Con algunha axuda (pode responder ó teléfono ou marcar un número de emerxencia como o da policía, pero necesita axuda para outros número)1
 Resúltalle imposible usa-lo teléfono.....0
 NC 9

57. ¿Pode chegar a lugares ós que non se pode ir a pé...

Sen axuda (conduce o seu propio coche, ou viaxa só en autobuses ou taxis)2
 Con algunha axuda (necesita que alguén o/a axude ou vaia con Vd. cando viaxa);1
 Resúltalle imposible viaxar, a non ser que o faga nun vehículo especial como por exemplo unha ambulancia0
 NC 9

58. ¿E capaz de comprar (a comida, a roupa, etc)... (ASUMINDO QUE O SUXEITO TEN MEDIO DE TRANSPORTE)

Sen axuda (facéndose cargo de todo o que necesita comprar).....2
 Con algunha axuda (precisa que alguén vaia con Vd. cada vez que vai de compras)1
 Resúltalle imposible facer calquera tipo de compra0
 NC 9

59. ¿E capaz de preparar Vd. a súa propia comida...

Sen axuda (Decide sempre que vai comer e todo o prepara Vd. mesmo).....2
Con algunha axuda (pode preparar algunhas cousas pero non tódalas comidas)1
Resúltalle imposible preparar calquera comida.....0
NC 9

60. ¿E capaz de face-las cousas da casa...

Sen axuda (pode limpar chans, etc).....2
Con algunha axuda (pode facer traballos lixeiros pero necesita axuda para os traballos duros1
Resúltalle imposible facer calquera destes traballos.....0
NC 9

61. ¿E Vd. capaz de toma-los seus propios medicamentos...

Sen axuda (a dose correcta no momento axeitado)2
Con algunha axuda (pode toma-los medicamentos se alguén llos prepara e/ou lle recorda
que ten que tomalos).....1
Resúltalle imposible toma-los seus propios medicamentos.....0
NC 9

62. ¿Pode administra-los seus propios cartos...

Sen axuda (estender cheques, pagar facturas, etc).....2
Con algunha axuda (vaise amañando para as compras diarias pero necesita axuda para
estender cheques e pagar facturas).....1
Resúltalle imposible manexa-lo seu diñeiro.....0
NC 9

AVD FÍSICO

63. ¿E capaz de comer...

Sen axuda (é capaz de comer completamente só).....2
Con algunha axuda (necesita axuda para corta-la comida, etc)1
Resúltalle imposible comer só/soa0
NC 9

64. ¿Pode vestirse e espirse só/soa...

Sen axuda (é capaz de escolle-la roupa, vestirse e desvestirse vd. mesmo)2
Con algunha axuda.....1
Resúltalle imposible vestirse e desvestirse vd. só/soa0
NC 9

65. ¿Pode vd. coidar da súa propia aparencia, por exemplo, peitearse e (para homes) barbearse...

Sen axuda.....2
Con algunha axuda.....1
Resúltalle imposible coidar da súa aparencia0
NC 9

66. ¿Pode andar...

Sen axuda (excepto de un bastón).....2
Con axuda de algunha persoa o con el uso de muletas o de aparato de axuda a la marcha.....1
Lle resulta imposible andar0
NC 9

67. ¿Pode deitarse e erguerse da cama...

Sen axuda ningunha de persoa ou instrumento.....2
Con algunha axuda (dalgúnha persoa ou dalgún dispositivo)1
Depende completamente de que alguén o/a levante.....0
NC 9

68. ¿Pode bañarse ou ducharse...

Sen axuda.....2
Con algunha axuda (necesita axuda para entrar ou saír da bañeira ou necesita unha suxeición especial na bañeira).....1
Resúltalle imposible lavarse só/soa0
NC 9

69. ¿Ten tido algunha vez problemas para chegar ó water a tempo?

Non..... 2 Si... 0 Si, pero agora non porque teño unha sonda o colostomía.. 1 NC... 9

(SE RESPONDE QUE "SI" PREGUNTAR a)

a. ¿Con que frecuencia se molla ou se ensucia (tanto de día como de noite)?

Unha ou dúas veces á semana.... 1 Tres veces á semana ou máis.... 0 NC..... 9

70. ¿Hai alguén que lle axude con cousas tales como ir de compras, face-las cousas da casa, bañarse, vestirse e saír de casa?
(INCLÚESE PERSOAL REMUNERADO)

Si..... 1 Non.....0 NC.....9

SE RESPONDE QUE SI PREGUNTAR a E b:

a. ¿Quen é a súa principal axuda? Nome _____

Relación:	Cónxuxe 1	Irmán/Irmá2	Fillos/as 3	Netos/as4
	Outro parente5	Amigos.....6	Outro..... 7	ESPECIFICAR _____

b. ¿Quen máis o/a axuda? Nome _____

Relación:	Cónxuxe 1	Irmán/Irmá2	Fillos/as 3	Netos/as4
	Outro parente 5	Amigos.....6	Outro..... 7	ESPECIFICAR _____

HORA(2) NESTE PUNTO: _____]

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS

71. Agora quixese facerlle algunhas preguntas referentes ó tipo de axuda que está recibindo, recibiu, ou considera que necesitaría. Queremos saber non só acerca da axuda que está ou estivo recibindo de organismos oficiais, senón tamén da axuda procedente da súa familia ou amigos e se algunha a paga directamente Ud ou non.

TRANSPORTE

71-1. ¿Quen o/a leva cando necesita transporte para ir de compras, visitar amigos, ir ó médico, etc?
[RESPONDA "SI" OU "NON" PARA CADA ITEM]

SI NON

71-1A) Vd mesmo/a.....	1	0
71-1B) A súa familia.....	1	0
71-1C) Os seus amigos/as	1	0
71-1D) Usa o transporte público (autobús, taxi, metro, etc.).....	1	0
71-1E) Un organismo público [ESPECIFICAR].....	1	0

71-1a. Por termo medio, ¿cantos desprazamentos fai vostede á semana, utilizando algún transporte?

Ningunha.....0
 Menos de unha á semana..... 1
 De unha a tres á semana.....2
 Catro ou máis.....3
 NC9

71-1b. ¿Cree Vd. que necesita transporte máis a miúdo do que dispón actualmente para citas, visitas, saídas, etc.?

Si..... 1 NON..... 0 NC..... 9

SERVICIOS SOCIAIS/RECREACIONAIS

71-2. Nos últimos seis meses (dende _____[ESPECIFICA-LO MES]) participou Vd. nalgunha das actividades que organiza o Concello, a Xunta, o Goberno, as Caixas de Aforro ou grupos parroquiais, casinos, etc.

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9 [SE "NON" PASAR A c.; SE "SI" PREGUNTAR a., b., e c.]

71-2a. ¿Cantas veces á semana participa Vd. nesas actividades?

Unha vez á semana ou menos..... 1 De dúas a tres veces á semana..... 2
 Catro veces á semana ou máis..... 3 NC..... 9

71-2b. ¿Participa aínda Vd. nese tipo de actividades? Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

71-2c. ¿Cree Vd. que necesita participar neste tipo de actividades? Si..... 1 Non..... 0 NC.....9

VIAXES

71-4. Durante os dous últimos anos (dende _____ **ESPECIFICAR MES E ANO**) ¿realizou algunha das viaxes que organiza o Concello, o INSERSO, a Xunta, as Caixas de Aforro?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

71-4a. ¿Fixo ou fará algunha viaxe deste tipo este ano?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

71-4b. ¿Cree Vd. que necesita viaxar?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

DEPORTES

71-5. Nos últimos seis meses (dende _____ **ESPECIFICAR MES**) ¿participou Vd. nalgún programa de exercicio físico ou deporte que organiza o Concello, o INSERSO, a Xunta?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

[SE "NON" PASAR A c.; SE "Si" PREGUNTAR a., b., E c.]

71-5a. ¿Cantas veces á semana participa Vd. nesas actividades?

Unha vez á semana ou menos..... 1 De dúas a tres veces á semana..... 2 NC..... 9

71-5b. ¿Participa aínda nesas programas de deportes?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

71-5c. ¿Cree Vd. que necesita facer algún deporte ou exercicio físico?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

ENTRENAMIENTO PALIATIVO OU DE PREPARACIÓN PARA AS ACTIVIDADES DA VIDA COTIÁ

71-6 Nos últimos seis meses (dende _____ **ESPECIFICAR MES**) ¿asistiu Vd. a algún curso de educación de adultos, rehabilitación da linguaxe ou calquera outro tipo de aprendizaxe de habilidades persoais (vestirse, cocinar, ler, camiñar...)?
[EXCLUIR TERAPIA FÍSICA]

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

[SE "NON" PASAR A d.; SE "Si" PREGUNTAR a., b., c. E d.]

71-6a. Por termo medio ¿A cantas sesións deste tipo asistiu Vd. nos últimos seis meses?

Menos dunha vez á semana 1
Unha vez á semana..... 2
Dúas ou máis veces á semana..... 3
NC..... 9

71-6b. ¿Está Vd. asistindo na actualidade a estas sesións?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

71-6c. ¿Tivo Vd. que pagar por elo?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

71-6d. ¿Cree que necesita Vd. esa preparación para as súas actividades normais da vida cotiá?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

SERVICIOS DE ATENCIÓN A SAÚDE MENTAL

71-7. ¿Recibiu Vd. algunha orientación ou tratamento por problemas persoais ou familiares, o por problemas nerviosos ou emocionais, nos últimos seis meses, é dicir, dende _____ [ESPECIFICA-LO MES]?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

[SE "NON" PASAR A d.; SE "Si" PREGUNTAR a., b., c., E e.]

71-7a ¿Estivo Vd. hospitalizado nalgún momento por problemas de nervios ou emocionais durante ese período?
(Últimos seis meses)

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

71-7b. Nos últimos seis meses ¿cantas consultas ou sesións tivo con médicos, psiquiatras, ou outras persoas que orientan neste tipo de problemas (sen estar ingresado no hospital)?

Ningunha..... 0
Menos de 4 sesións..... 1
De 4 a 12 sesións. 2
13 o máis sesións. 3
NC..... 9

71-7c. ¿Tivo Vd. que pagar por iso?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

71-7d. ¿Está aínda recibindo esa axuda?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

71-7e. ¿Pensa Vd. que necesita tratamento ou que o/a aconsellen por problemas persoais ou familiares, ou por problemas nerviosos ou emocionais?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

71-8. ¿Ten tomado Vd. algún medicamento receitado para os nervios nos últimos seis meses (dende _____ **ESPECIFICARMES**), tales como medicinas sedantes, tranquilizantes ou para a depresión?

Si.... 1 No.... 0 Só para durmir.... 0 NC.... 9

[SE "NON" PASAR A **b.**; SE "SI" PREGUNTAR **a.**, **E b.**]

71-8a. ¿Aínda o está a tomar?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

71-8b. ¿Cree Vd. que necesita tomar este tipo de medicación?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

SERVICIOS DE COIDADOS PERSOAIS

71-9. Nos últimos seis meses (dende _____ **ESPECIFICARMES**) tivo a alguén que o/a axudaba no seu coidado persoal diario, por exemplo para bañarse ou vestirse, dándolle de comer, ou axudándolle na hixiene persoal? [**EXCLUI-LA ATENCIÓN PERSOAL RECIBIDA NO HOSPITAL**]

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

[SE "NON" PASAR A **d.**; SE "SI" PREGUNTAR **a.**, **b.**, **c.**, **E d.**]

71-9a. ¿Quen o/a axudou dese xeito?

SI NO n

Un membro da familia	1	0
Un amigo/a.....	1	0
Alguén que cobra por axudalo/a neste sentido.....	1	0
Alguén da Seguridade Social ou outra institución.....	1	0

71-9b. Por termo medio, ¿canto tempo ó día empregou esa persoa en bañalo/a, vestilo/a, axudalo/a a comer, a ir ó wáter, etc.?

Menos de 1/2 hora ó día..... 1 De 1/2 h. a 1 h. e 1/2 ó día..... 2
Máis de 1 h. e 1/2 ó día 3 NC..... 9

71-9c. ¿Está aínda recibindo esta axuda?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

71-9d. ¿Cree Vd. que necesita axuda para bañarse, vestirse, comer ou ir ó wáter, etc.?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

COIDADOS DE ENFERMERÍA

71-10. Durante os seis últimos meses (dende _____ **ESPECIFICAR MES**) ¿recibiu dalgũa persoa (practicante, enfermeira ou similar) tratamentos ou medicamentos recitados polo seu médico como tomarlle a tensión, cambio de sonda, pór inxeccións, etc.?

[EXCLUÍR ATENCIÓN DE ENFERMERÍA RECIBIDA EN ESTANCIA HOSPITALARIA E FISIOTERAPIA]

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

[SE "NON" PASAR A e.; SE "Si" PREGUNTAR a., b., c., d., E e.]

71-10a. ¿Quen o/a axudou dese xeito?

	SI	NON
A. Un membro de la familia.....	1	0
B. Un amigo	1	0
C. Alguén que cobra por axudalo/a nese sentido.....	1	0
D. Alguén da Seguridade Social ou outra institución	1	0

71-10b. Por termo medio, ¿cantas horas ó día ten recibido este tipo de axuda?

Só de xeito ocasional, non cada día 0
Só para darlle medicina vía oral..... 1
Menos de 1/2 hora ó día 2
De 1/2 hora a 1 hora ó día..... 3
Máis de 1 hora ó día 4
NC 9

71-10c. ¿Durante canto tempo recibiu Vd. esa axuda durante os últimos seis meses?

Menos de un mes..... 1 De 1 a 3 meses..... 2 Máis de 3 meses..... 3 NC..... 9

71-10d. ¿Recibe aínda estes coidados?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

71-10e. ¿Cre Vd. que necesita estes coidados? Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

FISIOTERAPIA (TERAPIA FÍSICA)

71-13. Durante os últimos seis meses (dende _____ **ESPECIFICAR MES**) ¿ten recibido Vd. exercicios de rehabilitación física, respiratorios ou outros?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

[SE "NON" PASAR A d.; SE "Si" PREGUNTAR a., b., c., E d.]

71-13a. ¿Quen o/a atendeu ou lle axudou a realízalos?

SI NON

A. Un membro da familia sen cobrar.....	1	0
B. Un amigo/a sen cobrar	1	0
C. Alguén que cobra por atendelo/a	1	0
D. Alguén da Seguridade Social ou de outra institución.....	1	0

71-13b. Por termo medio, ¿cantas veces á semana lle ten axudado alguén a facer estes exercicios?

Menos de unha vez á semana.....	1
Unha vez á semana.....	2
Dúas ou máis veces á semana.....	3
NC.....	9

71-13c. ¿Aínda está facéndoos?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

71-13d. ¿Cre Vd. que necesita realizar estes exercicios?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

SERVICIOS DE CONTROL

71-15. [SE A PERSOA ESTA AÍNDA RECIBINDO SUPERVISIÓN CONTINUA PREGUNTAR SO C.]

Durante os últimos seis meses (dende _____ESPECIFICAR MES) ¿houbo alguén que teña estado pendente de como se encontraba Vd., alomenos cinco veces por semana, aínda que sexa por teléfono?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

[SE "NON" PASARA A C.; SE "SI" PREGUNTAR a., b., E c.]

71-15a. ¿Quen o ten feito?

SI NON

A. Un membro de la familia.....	1	0
B. Un amigo/a.....	1	0
C. Alguén da Seguridade Social ou de outra institución, un voluntario	1	0
D. Alguén que cobra por facelo.....	1	0

71-15b. ¿Aínda hai alguén que pregunta pola súa saúde, alomenos 5 veces á semana?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

71-15c. ¿Cre Vd. que precisa que alguén comprobe se está Vd. ben, (alomenos 5 veces á semana), sexa por teléfono ou en persoa?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

SERVICIOS DE REUBICACION

71-16. Nos últimos seis meses (dende _____ **ESPECIFICAR MES**) ¿Ten recibido Vd. algunha axuda para conseguir unha nova casa ou lugar onde vivir, o para arranxar os trámites para mudarse? **[INCLÚEN ALOXAMENTO EN INSTITUCIÓNs.]**

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

[SE "NON" PASAR A c.; SE "Si" PREGUNTAR a., b. E c.]

71-16a. ¿Quen lle axudou a facelo?

SI NON

A. Un membro de la familia.....	1	0
B. Un amigo/a	1	0
C. Outros, como por exemplo alguén da Seg. Social ou doutra institución.....	1	0

71-16b. ¿Xa conseguiu a nova casa ou a praza nunha residencia de anciáns?

Si.....2 Está en lista de espera..... 1
Non lla concederon0 NC9

71-16c. ¿Cre Vd. que necesita axuda para conseguir un (outro) lugar para vivir?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

SERVICIOS DOMÉSTICOS

71-17 Nos últimos seis meses (dende _____ **ESPECIFICAR MES**) ¿Ten tido a alguén que lle axude regularmente a face-las cousas da casa, como limpar, lava-la roupa, etc.? E dicir, ¿o seu marido/muller ou outra persoa tivo que as facer porque Vd. non puido?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

[SE "NON" PASAR A d.; SE "Si" PREGUNTAR a., b., c. E d.]

71-17a. ¿Quen o/a axudaba fíxolle esas tarefas?

SI NON

A. Un membro de la familia	1	0
B. Un amigo/a.....	1	0
C. Alguén que cobra por axudalo/a.....	1	0
D. Unha persoa dunha institución ou organismo.....	1	0

71-17b. ¿Cantas horas á semana empregou en facerlle esas tarefas domésticas?

Menos de 4 horas á semana..... 1
De 4 a 8 horas (de medio día a un día)..... 2
9 ou máis horas á semana (máis de 1 día) 3
NC 9

71-17c. ¿Aínda está a facerlle alguén algúns labores da casa? Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

71-17d. ¿Cre que necesita a alguén que o axude na casa? Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

PREPARACIÓN DE COMIDAS

71-18. Durante os últimos seis meses (dende _____ **ESPECIFICAR MES**) ¿alguén lle ten preparado regularmente a comida ou tivo Vd. que ir a comer fora da súa casa? Es dicir, ¿o seu esposo/a ou outra persoa tivo que cociñar para Vd. porque Vd. non é capaz de facelo?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

[SE "NON" PASARA C.; SE "SI" PREGUNTAR a., b., E c.]

71-18a. ¿Quen o/a axudou neste sentido?

SI NON

A. Un membro de la familia.....	1	0
B. Un amigo/A.....	1	0
C. Alguén dunha institución ou organismo gratuito (comedor público,etc)	1	0
D. Outros, tales como alguén que cobra por elo.....	1	0

71-18b. ¿Aínda ten alguén que lle prepara-la comida?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

71-18c. ¿Cree que necesita a alguén que lle prepare regularmente a comida porque Vd. non o fai ou non pode facelo?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

SERVICIOS DE AXUDA E ASESORAMENTO ADMINISTRATIVO, LEGAL E DE PROTECCIÓN

71-19. Durante os últimos seis meses (dende _____ **ESPECIFICAR MES**) ¿lle ten levado alguén algún asunto legal ou xestións relacionadas con negocios persoais ou de xestión do seu diñeiro?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

[SE "NON" PASARA C.; SE "SI" PREGUNTAR a., b., E c.]

71-19a. ¿Quen o fixo?

SI NON

A. Un membro de la familia.....	1	0
B. Un amigo/a.....	1	0
C. Unha institución ou organismo gratuito.....	1	0
D. Alguén que cobra por axudalo/a (como un avogado, por exemplo)	1	0

71-19b. ¿Aínda alguén lle axuda nestas cuestións?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

71-19c. ¿Cre que necesita que alguén lle axude nestes asuntos?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

SERVICIOS DE ACONDICIONAMENTO DA VIVENDA

71-23. Durante os últimos seis meses (dende _____ **ESPECIFICAR MES**), ¿ten mellorado as condicións de habitabilidade da súa vivenda, por exemplo, ten feito obras na casa, instalado o ascensor, ten posto mobles novos, instalado auga quente, calefacción ou teléfono?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

[SI "NO" PASAR A c.; SI "SI" PREGUNTAR a., b., E c.]

71-23a. ¿Quen lle proporcionou axuda?

	SI	NON
A. Un membro de la familia ou un amigo.....	1	0
B. Alguén da Seg. Social ou doutra institución	1	0
C. O pagou Vd. mesmo.....	1	0

71-23b. ¿Aínda está a facelo?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

71-23c. ¿Cre que necesita que alguén lle proporcione axuda para mellorar as condicións da súa vivenda?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

72. [A PREGUNTA 71 FOI REALIZADA Ó:

Suxeito..... 1 Informante..... 2 Ambos..... 3

[HORA ATA ESTE PUNTO (3):_____]

AQUÍ REMATAN AS PREGUNTAS DIRIXIDAS O SUXEITO

[FAGA UNHA BREVE INTERVENCIÓN FINAL INDICANDO O SUXEITO ENTREVISTADO A FINALIZACIÓN DA ENTREVISTA E DÁNDOLLE AS GRACIAS POLA SÚA COLABORACIÓN]

PREGUNTAS PARA FACER O INFORMANTE
BASEADAS NO SEU COÑECEMENTO DO ENTREVISTADO

[HORA DE INICIO DA ENTREVISTA O INFORMANTE (4): _____]

[DATA DA ENTREVISTA O INFORMANTE: _____]

Relación do informante co/coa entrevistado/a:

Cónxuxe.....1 Irmán/á 2 Fillo/a3 Neto/a.....4
Outro parente.....5 Amigo/a..... 6 Outro.....7

RECURSOS SOCIAIS

73. ¿Como se leva _____ (o Suxeito) coa súa familia e amigos, moi ben, regular ou mal (ten moitos problemas ou conflitos con eles)?

Moi ben3

Regular (ten algún conflito ou problema con eles2

Mal (ten moitos problemas ou con eles1

NC 9

74. ¿Hai alguén que axudaría a _____ (Suxeito) en todo si estivese enfermo/a ou incapacitado/a, por exemplo, o seu marido ou muller, un membro da familia ou un amigo?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

(SE RESPONDE QUE SI PREGUNTAR a E b)

a. **RODEA- LA MAIS APROPIADA.** ¿Hai alguén que ?

Alguén o/a coidaría (o Suxeito) indefinidamente (tanto tempo como o necesitase)..... 3

Alguén o/a coidaría (o Suxeito) un curto período de tempo (de unhas semanas a seis meses)..... 2

Alguén o/a axudaría de cando en vez (levándoo/a ó médico, preparándolle a comida, etc)..... 1

NC..... 9

b. ¿Quen son esas persoas?

A. Marido/Muller	1	0
B. Irmán/Irmá.....	1	0
C. Fillo/a.....	1	0
D. Neto/a.....	1	0
E. Outro parente.....	1	0
F. Amigo	1	0
G. Outro.....	1	0

RECURSOS ECONÓMICOS

75. ¿Como cre que están sendo cubertas as seguintes necesidades básicas de _____ (Suxeito) ben, regular ou mal cubertas?

(MARCA-LA RESPOTA PARA CADA NECESIDADE)

BEN CUBERTA REGULAR MAL CUBERTA

A. Comida.....	2	1	0
B. Vivenda	2	1	0
C. Roup.....	2	1	0
D. Coidado médico.	2	1	0
E. "Extras" o pequenos caprichos.....	2	1	0

SAÚDE MENTAL

76. ¿_____ (o Suxeito) mostra sentido común ó facer xuízos ou tomar decisións?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

77. ¿E _____ (o Suxeito) capaz de facer fronte ós problemas graves que ocorren na súa vida?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

78. ¿Cre que _____ (o Suxeito) encontra a vida interesante e divertida?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

79. ¿Como valoraría a situación mental e emocional de _____ (o Suxeito) ou a súa capacidade para razoar nestes momentos, comparada con outras persoas que teñen unha vida independente -excelente, boa, regular, mala-?

Excelente..... 3 Boa..... 2 Regular..... 1 Mala..... 0 NC..... 9

80. ¿A saúde mental ou emocional de _____ (Suxeito) ou a súa capacidade de razoar é -mellor, igual ou peor que hai cinco anos?

Mellor..... 2 Igual..... 1 Peor..... 0 NC..... 9

SAÚDE FÍSICA

81. ¿Como valoraría a saúde de _____ (Suxeito) no momento actual -excelente, boa, regular ou mala-?

Excelente..... 3 Boa..... 2 Regular..... 1 Mala..... 0 NC..... 9

82. ¿En que medida os problemas de saúde de _____ (suxeito) dificultánlle face-las cousas que quere facer -nada, un pouco ou moito-?

Nada..... 2 Un pouco..... 1 Moito..... 0 NC..... 9

[AGRADECER O/A INFORMANTE A SÚA COLABORACIÓN]

83. [HORA NESTE PUNTO (5): _____]

[AS PREGUNTAS RESTANTES SON PARA CONTESTAREN POLO/A ENTREVISTADOR/A NADA MÁIS DEIXA-LO LUGAR DA ENTREVISTA].

[CANDO INICIE O RESTO DE PREGUNTAS DIRIXIDAS A VD. COMO OBSERVADOR/A, TOME O TEMPO PARA MEDI-LA DURACIÓN DENDE AQUÍ DEICA A FIN (HORA 6): _____]

84. A información obxectiva foi obtida do: Suxeito... 1 Parente... 2 Outro....3 (ESPECIFICAR) _____

85. As preguntas obxectivas obtidas do Suxeito e/o informante son:

De confianza totalmente..... 1	De confianza na maior parte dos items 2
De confianza, só uns cantos items 3	Non son nada fiables 4

86. As preguntas subxectivas (enmarcadas en cadros e obtidas só do Suxeito) son:

De confianza totalmente..... 1	De confianza na maior parte dos seus items 2
De confianza, só uns cantos items 3	Non son nada fiables 4
Non se obtiveron..... 5	

(SE RESPONDE QUE NON SE OBTIVERON -DÍXITO 5- PASAR A "a").

a. ¿Por que non contestou o Suxeito ás preguntas subxectivas?

Afasia/disartría 1	Xordeira 2
Demencia..... 3	Oligofrenia..... 4
Demasiado enfermo..... 5	Non colaboración 6

RECURSOS SOCIAIS

87. ¿Das seguintes frases, cal describe mellor a dispoñibilidade de axuda que ten o Suxeito se el/ela estivese enfermo/a ou incapacitado/a? (RODEA-LA MAIS AXEITADA).

Como mínimo unha persoa podería e se encargaría do Suxeito indefinidamente (tanto tempo como necesitase)..... 3
Como mínimo unha persoa podería e se encargaría do Suxeito durante pouco tempo (dunhas poucas semanas a seis meses)..... 2
A axuda estaría dispoñible só de cando en vez, para cousas como levalo/a ó médico, prepararlle a comida, etc..... 1
Non tería ningunha axuda dispoñible (non sendo unha posible axuda de emerxencia..... 0

88. ¿Cal das seguintes frases describe mellor as relacións sociais do Suxeito? (RODEA-LA MÁIS AXEITADA)

Moi satisfactorias -amplas-..... 3	Moderadamente satisfactorias-adequadas..... 2
Non satisfactorias, poucas, de escasa calidade..... 1	

RECURSOS ECONÓMICOS

89. Na súa opinión, ¿cal das seguintes frases describe mellor os ingresos do Suxeito?

Amplos, folgados..... 1	Satisfactorios..... 2	Algo insuficientes..... 3
Totalmente insuficientes..... 4	Non ten ningún tipo de ingresos..... 5	

90. Na súa opinión, ¿o Suxeito ten reservas financeiras?

Si, ten reservas..... 1 Non, ten escasas ou non ten reservas..... 0

91. Na súa opinión, ¿cal das seguintes frases describe mellor o grao con que se cobren as necesidades do Suxeito?

Cóbreñse comida, vivenda, roupa, necesidades médicas e pode permitirse pequenos luxos (o Suxeito).....1
Cóbreñse comida, casa, roupa e necesidades médicas pero non pode permitirse pequenos luxos.....2
Non se cobren comida ou vivenda ou roupa ou coidados médicos e ademais non pode permitirse
pequenos luxos.....3
Non se cobren dúas ou máis necesidades básicas (casa, comida, roupa, coidados médicos) e ademais
non pode permitirse pequenos luxos4

SAÚDE MENTAL

92. ¿Ten a impresión de que o Suxeito mostra sentido común ó formular xuízos e tomar decisións?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

93. ¿Ten a impresión de que o Suxeito é quen de facerlle fronte os problemas graves que lle ocorren na súa vida?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

94. ¿Ten a impresión de que o Suxeito encontra a vida interesante e divertida?

Si..... 1 Non..... 0 NC..... 9

95. Durante a entrevista o comportamento do Suxeito pareceulle como:

(MARCAR SI OU NON PARA CADA UNHA DAS SEGUINTE)

	Si	NON
A. Mentalmente alerta e estimulado	1	0
B. Agradable e participativo	1	0
C. Depresivo ou chorocho	1	0
D. Distraído o letárxico.....	1	0
E. Amedrentado, inqueda ou extremadamente tenso	1	0
F. Cheo de queixas físicas non realistas	1	0
G. Desconfiado, máis do razoable.....	1	0
H. Extravagante ou inapropiado en pensamento ou acción.....	1	0
I. Excesivamente falador ou demasiado xovial, ou gozoso.	1	0

SAÚDE FÍSICA

96. ¿Ten o Suxeito excesivo sobrepeso ou está malnutrido ou extremadamente delgado?

Non...0 Si, é un obeso.....1 Si, está malnutrido ou extremadamente delgado...2 No contesta...9

RESUMEN DE PUNTUACIÓNS

97. Recursos Sociais _____

98. Recursos Económicos _____

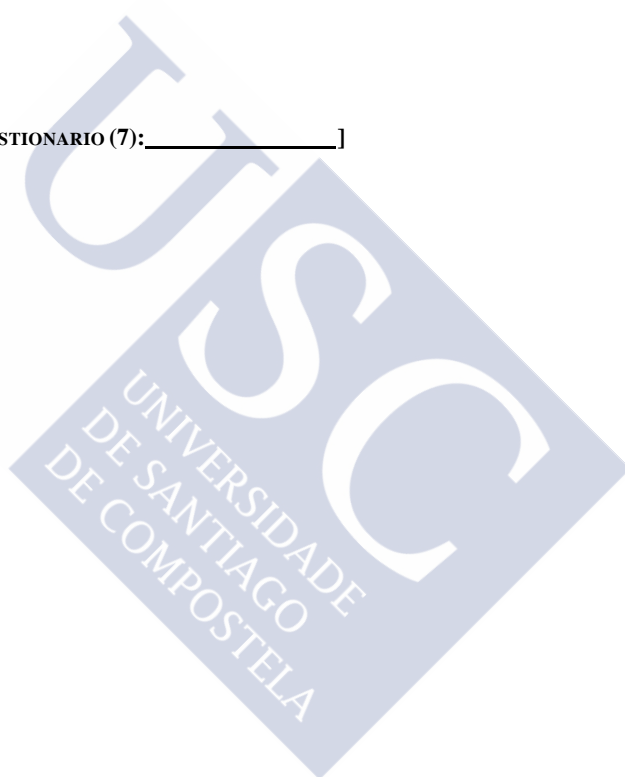
99. Saúde Mental _____

100. Saúde Física _____

101. Actividades da Vida Diaria _____

102. Puntuacións acumulativas de deterioro _____
(Suma das cinco puntuacións)

[HORA DE FINALIZACIÓN DO CUESTIONARIO (7): _____]

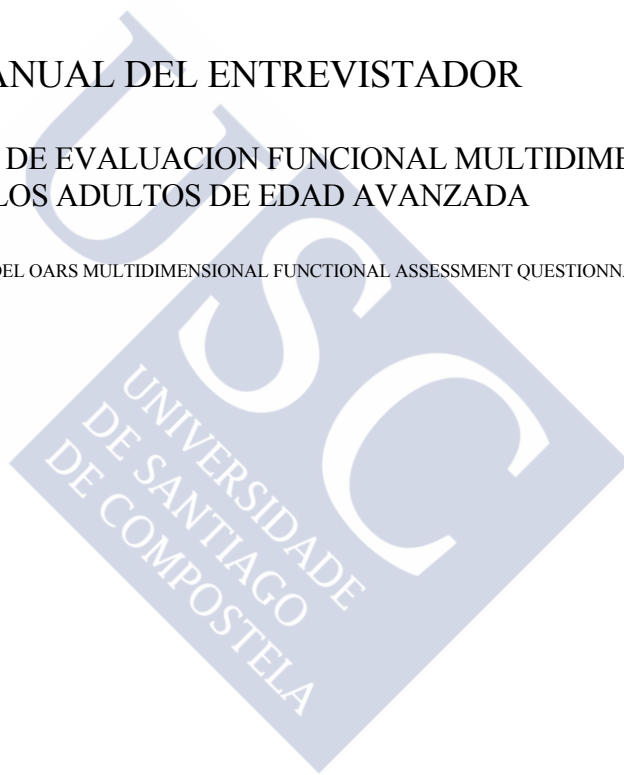




A7. MANUAL DEL ENTREVISTADOR

MANUAL DEL ENTREVISTADOR
DEL CUESTIONARIO DE EVALUACION FUNCIONAL MULTIDIMENSIONAL
DE LOS ADULTOS DE EDAD AVANZADA

VERSION ESPAÑOLA DEL OARS MULTIDIMENSIONAL FUNCTIONAL ASSESSMENT QUESTIONNAIRE



1. MANUAL DE UTILIZACION DEL OARS

El cuestionario de evaluación funcional multidimensional de los adultos de edad avanzada tiene dos partes: parte A y parte B.

La parte A está diseñada para valorar el estado funcional de individuos mayores de 60 años, particularmente en las áreas de salud física y mental, recursos sociales y económicos y actividades de la vida diaria. Estas cinco áreas son la base para hacer un juicio cuantitativo de los individuos sobre cada una de estas cinco dimensiones en una escala de seis puntos.

La parte B del cuestionario explora qué servicios está recibiendo cada individuo, con qué intensidad están siendo recibidos, quién los provee y por último, qué percepción tienen los sujetos de su necesidad de esos servicios.

Administrar la parte A un sujeto medio cuesta alrededor de **30 minutos**. La parte B viene a costar una media de **15 minutos**, aunque puede presentar oscilaciones más amplias, desde menos de 10 minutos hasta más de 20, según el uso de servicios. A lo largo del cuestionario encontrará varias veces tomas de tiempo. Como debe poner la hora de inicio en la portada y al principio de las preguntas dirigidas al informante, basta con que apunte la hora cada vez que encuentre "*duración hasta este punto*".

Este cuestionario puede ser administrado entero (conjuntamente la parte A y la parte B) o separadamente, es decir, que son dos cuestionarios independientes pero relacionados. De todas formas, si se desea relacionar la información de la parte A con la de la parte B ambos deben ser administrados en el mismo momento.

En el cuestionario aparecerán las palabras: sujeto e informante. Llamamos **sujeto** a la persona acerca de la cual el cuestionario desea obtener información y llamamos **informante** a una persona que conoce bien al sujeto - un familiar, un conviviente, un vecino o una persona que está cuidando al sujeto- y que responde algunas preguntas acerca del sujeto.

El cuestionario no pretende ser un instrumento abierto. Pregunta cuestiones específicas y limita las respuestas a categorías específicas. El entrevistador debe hacer la pregunta completa, exactamente como está escrita en el cuestionario, leyendo todas las respuestas posibles, sin hacer aclaraciones y marcando la respuesta que elija el respondiente; así los resultados entre sujeto y sujeto serán comparables. Cuando una pregunta tiene las **respuestas enmarcadas en un cuadro** significa que es posible la **respuesta múltiple**. En este caso el entrevistador solicitará una respuesta después de leer cada una de las categorías de esa pregunta.

El entrevistador debe seguir un estilo objetivo y sin prisas, pero debe intentar controlar cualquier parlamento excesivo por parte del respondiente, quien debe ser gentilmente instado a atender a la siguiente pregunta.

La mayoría de las preguntas requieren que el respondiente elija una opción específica de entre las posibles respuestas. Si el respondiente no contesta con una de las opciones posibles o responde modificándola, las opciones deben ser repetidas y el sujeto invitado a hacer una elección; por ejemplo, si el sujeto, a la pregunta 53 (pág. 11) "*¿cómo valora Vd. su salud? ?*" contesta "*buena*,

la mayor parte del tiempo", preguntar otra vez si *"en general, su salud fue excelente, buena, regular o mala"*. El entrevistador marcará con un círculo el número que preceda a la opción correcta. Estos números, con la excepción de "1, sí" "0, no", y en la sección de A.V.D., no tienen un significado especial.

Si el sujeto no contestara o no quisiera contestar a una pregunta, debe marcarse la opción NC, **"No Contesta"** y se añadirá una explicación, tales como "NLS", (No lo sabe) o "rehusa". Si una pregunta aparece en blanco se considerará que no ha sido preguntada. Cuando se esté intentando conseguir una respuesta que se adapte a las opciones de una pregunta el entrevistador debe procurar no influir en la respuesta y sobre todo no irritar al sujeto. Puede ser de gran ayuda marcar con un círculo aquellas preguntas que haya tenido que repetir, y poner "I" (indeciso) cuando al sujeto le ha costado decidirse en la respuesta.

Las preguntas cuyas respuestas han sido enmarcadas en un cuadro, como por ejemplo la pregunta 44 *"¿Tiene alguna de las siguientes enfermedades en este momento?"*, son de respuesta múltiple. El entrevistador debe hacer cada subpregunta separadamente y registrar sí o no para cada una. Tenga en cuenta que dejarla en blanco no significa *"no"*. No lo confunda con los marcos que encuadran preguntas enteras, en cuyo caso sólo significa que se trata de preguntas subjetivas y no de respuesta múltiple.

Hay otro tipo de preguntas en las que se espera una respuesta numérica. Por ejemplo, a la pregunta 37 *"¿Cuántas veces ha visto al médico....?"* la respuesta aceptable será un número, por ejemplo *"4 veces"*, pero nunca una respuesta como *"regularmente"*. Sin embargo, anotaciones del entrevistador explicando contradicciones o cualquier cosa inusual son de gran ayuda para los codificadores. Incluso, en algunos casos, la respuesta más ajustada puede no ser la más apropiada. En estos casos, debe escribir junto a la respuesta aquello que vd. crea que el codificador puede necesitar para tomar la decisión más adecuada.

Las frases que están escritas en el cuestionario en mayúsculas y entre paréntesis o corchetes, no deben ser leídas al sujeto ya que son instrucciones para Ud. Estas instrucciones son muy importantes.

Después de completar el cuestionario, **el entrevistador debe hacer un juicio cuantitativo del sujeto** en cada una de las cinco escalas: recursos sociales, recursos económicos, salud mental, salud física y actividades de la vida diaria. Estas escalas de clasificación las encontrará a partir de la página 27 del cuestionario. **El entrevistador marcará en cada una de las escalas un número específico entre 1 y 6** según describa al sujeto de esta entrevista en particular.

Aunque Vd. como clasificador debe usar la descripción de nivel de cada escala para clasificar con el número apropiado al sujeto, debe tener en mente el significado básico de los seis niveles, que es el mismo para las cinco escalas: 1 Excelente, 2 Buena, 3 Ligeramente incapacitado, 4 Moderadamente incapacitado, 5 Severamente incapacitado y 6 Totalmente incapacitado.

Una persona entrenada que no haya visto al sujeto debería ser capaz de clasificar a un sujeto basándose en la información registrada en el cuestionario.

PRINCIPIO GENERAL

El principio general que debería guiar al entrevistador a través de todo el cuestionario es recoger **la mejor y más completa información** en cada caso. Es mejor recoger demasiada información que no recoger suficiente.

LINEAS GENERALES DEL CUESTIONARIO

La totalidad del OARS pregunta cuestiones sobre el "sujeto" que deseamos evaluar y está dividido en secciones que tratan diferentes aspectos del funcionamiento del sujeto y el uso de servicios por parte de éste.

El Cuestionario Preliminar es un examen del estado mental, diseñado para ayudar a los entrevistadores a decidir si los sujetos son capaces de responder al resto de preguntas "objetivas" por sí mismos (este proceso se describirá más tarde) y también suministra indicios sobre el funcionamiento intelectual.

Las preguntas de la 1 a la 5 son socio-demográficas. **Las cinco principales dimensiones de funcionamiento abarcan de la pregunta 6 a la 60.** Las preguntas 6 a 14 informan sobre los recursos sociales de los sujetos; de la 15 a la 30 de sus recursos económicos; de la 31 a la 36 (y el Cuestionario Preliminar) de su salud mental; de la 37 a la 55 de su salud física; y de la 56 a la 70 de su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria. Encontrará el título de la dimensión al inicio de cada grupo de preguntas que la forman.

La pregunta 71 informa sobre servicios: las clases y cantidades de servicios que los sujetos están recibiendo, de quién los reciben y la percepción de los sujetos de sus necesidades de servicios.

Las preguntas 73 a 82 son para ser preguntadas a un informante fiable, si está disponible. Si no hay un informante disponible en el momento de la entrevista no es necesario volver para encontrarlo, a no ser que, por supuesto, el sujeto no sea de confianza (definido más abajo). Se asume que en una institución habrá siempre disponible un informante.

Las preguntas restantes son para ser contestadas por el entrevistador inmediatamente después de dejar el lugar de la entrevista. Las preguntas 83 a 86 buscan información sobre la encuesta y la calidad de los datos obtenidos. En las preguntas 87 a 96 se pregunta a los entrevistadores no sólo por sus impresiones acerca del sujeto basadas en el total de su experiencia como entrevistador con el sujeto y/o informante, sino también por otras impresiones recogidas del entorno. En las preguntas 97 a 101 se pide al entrevistador una valoración del nivel de funcionamiento general del sujeto en cada una de las 5 dimensiones -recursos sociales, recursos económicos, salud mental, salud física y actividades de la vida diaria-.

A QUE LLAMAMOS SUJETO DE CONFIANZA

La mayoría de los sujetos podrán responder de forma fiable a las preguntas, pero en algunas ocasiones se requerirá una decisión sobre la capacidad del sujeto para contestar. El Cuestionario Preliminar da un índice de la fiabilidad del sujeto. **Una puntuación total de errores de 4 ó más es**

un índice de la posibilidad de que el sujeto no sea de confianza para dar respuestas objetivas correctamente. Sin embargo, hay otros factores que deben ser tenidos en cuenta. Si el nivel de estudios/escolarización (pregunta 5) es muy bajo (categoría 3 ó menos) esto puede justificar algunos errores. Aunque haya indicios de que el sujeto pueda no ser de confianza, hacer, de todas formas, las preguntas de la 5 a la 14. Si el sujeto da buenas respuestas, continuar el cuestionario, si no hacerle sólo las preguntas subjetivas (enmarcadas en un recuadro, explicado más abajo).

Debe tenerse especial cuidado cuando se pregunta a sujetos con alguna deficiencia mental, porque sus respuestas pueden parecer válidas pero estar distorsionadas, esto puede ser particularmente importante cuando se pregunta sobre cantidades de alguna cosa en un período de tiempo.

QUIEN ES UN INFORMANTE ACEPTABLE

Un informante aceptable debe ser mayor de 18 años o estar al cuidado del sujeto si fuera menor de 18 años y estar bien física y mentalmente para contestar adecuadamente sobre el sujeto.

Un informante aceptable, en orden de preferencia es:

1. **Un familiar que viva en la misma casa que el sujeto**
2. **Alguien responsable del cuidado del sujeto**
3. **Alguien que viva en la misma casa del sujeto sin ser familiar o un vecino en pueblos o barrios populares.**
4. **Un familiar del sujeto que no vive en la misma casa.**

La palabra respondiente se aplica tanto al sujeto como al informante.

PREGUNTAS SUBJETIVAS Y OBJETIVAS

Todo el cuestionario es subjetivo, pero hay preguntas sobre hechos. Las preguntas subjetivas interrogan acerca del sentimiento de los sujetos, por lo tanto deben ser respondidas sólo por ellos. Pero en el caso de las preguntas sobre hechos, la precisión es importante; así si el sujeto no es de confianza, este tipo de preguntas puede contestarla un informante aceptable mejor que el propio sujeto.

Las preguntas subjetivas han sido enmarcadas en recuadros en el cuestionario, de manera que el entrevistador pueda identificarlas fácilmente. Las preguntas objetivas, que no están enmarcadas por un recuadro, serán preguntadas al sujeto si es de confianza. En cualquier otro caso, estas últimas deberían ser preguntadas al informante.

Hay un conjunto de preguntas que son para ser hechas a cualquier informante si éste está disponible, en cualquier circunstancia.

En resumen,

Si el sujeto es de confianza:

1. **Hacer todas las preguntas hasta la pregunta 71 con todos sus apartados, la 72 la contesta directamente el entrevistador y a continuación éste debe hacer una breve intervención final indicándole al sujeto entrevistado el final de la entrevista y expresándole el agradecimiento por su colaboración.**
2. **Si un informante está disponible, hacerle las preguntas de la 73 a la 82.**

Si el sujeto no es de confianza:

1. **Preguntar al sujeto todas las cuestiones que están en un recuadro.**
2. **Preguntar al informante el resto de las cuestiones (excepto aquellas preguntas claramente dirigidas al entrevistador).**

Recoger la mejor y más completa información posible; es decir, si el informante no puede responder una pregunta por el sujeto y el sujeto parece saber la respuesta, use la respuesta del sujeto. En raras ocasiones un sujeto será completamente incapaz de responder incluso las preguntas subjetivas. En este caso hacer una entrevista "sólo informante" -una entrevista en la que sólo se responden las preguntas objetivas o no encuadradas en recuadros.

INTIMIDAD

Cada respondiente, sujeto o informante, debe ser visto **a solas**. El entrevistador debe manifestar que la entrevista necesita ser realizada con el sujeto a solas y, si el informante está presente, explicarle que habrá preguntas para él que también deberán ser hechas a solas. Si es imposible ver al sujeto a solas, quien esté presente debe ser invitado a no hablar. Si el sujeto insiste en permanecer mientras el informante está contestando el cuestionario, el entrevistador puede encontrar alguna de las preguntas, de la 73 a la 82, demasiado embarazosas para hacerlas y debe indicarlo en el cuestionario.

FRASES INTRODUCTORIAS

Justo antes de empezar la entrevista, los entrevistadores deben asegurar al sujeto la confidencialidad de sus respuestas y realzar la importancia de su contribución al proyecto. El entrevistador debe decir entonces al sujeto: *"Voy a hacerle una serie de preguntas, algunas de ellas pueden parecerle que no le son aplicables, pero por favor, tenga paciencia conmigo y responda lo mejor que pueda en cada caso. Tenga en cuenta que estas preguntas fueron diseñadas para que sirvieran al mismo tiempo a personas muy distintas, pero es importante que cada persona las conteste todas"*.

PREGUNTAS QUE REQUIEREN ESPECIAL CONSIDERACION

Algunas preguntas del cuestionario requieren especial consideración por parte del entrevistador. Comenzaremos con una discusión del Cuestionario Preliminar y avanzaremos por orden hasta la pregunta número 101.

PREGUNTA N°:

Cuestionario

Preliminar :

El Cuestionario Preliminar debe ser hecho de manera natural, sin darle mayor importancia; a pesar de la aprensión de algunos entrevistadores, los sujetos suelen contestar estas preguntas sin problemas. Sin embargo, si el sujeto parece desconcertado por las preguntas, se le puede decir algo como: "Sé que esto puede parecerle ridículo, pero por favor, tenga paciencia conmigo, tengo que preguntárselo", o algo similar que se lo ponga fácil.

Una respuesta es correcta sólo si todas las partes son correctas. Por ejemplo, si un sujeto da el mes y el año correcto para "¿A qué fecha estamos?", pero falla en dar el día correcto, esta pregunta se considera mal respondida.

Cada parte de cada cuestión debe ser preguntada y su respuesta anotada, de una en una. Por ejemplo, la pregunta anterior debe ser registrada en el espacio previsto para ello

DIA MES AÑO

Las diez preguntas del Cuestionario Preliminar deben ser preguntadas a todos los sujetos (a menos que tengan problemas en la comprensión, dificultades del lenguaje o sordera). Insistimos, para hablar de una puntuación sobre diez debe verse claramente que se han hecho las diez preguntas.

- 4: Cuando la fecha de nacimiento y la edad no coincidan, asumiremos que la fecha de nacimiento es la correcta.
- 7: Los hermanos de leche, adoptivos y ahijados se incluirán en "otros", especificando el parentesco.
- 10: Esta pregunta se refiere tanto a las relaciones en el trabajo, como fuera de él e incluso a los contactos promovidos por servicios sociales como el INSERSO y otros.
- 14: Esta pregunta interroga sobre si hay alguien que podría ayudarlo si estuviera enfermo o incapacitado. Fíjese que la pregunta está incluida en la parte de recursos sociales y por lo tanto se refiere a lo social y no al soporte económico que pudiera recibir.
- 16: Tenga en cuenta que pregunta por el trabajo que el sujeto ha hecho la mayor parte de su vida. Sólo puede registrarse una ocupación. Esto es muy importante, así como la descripción específica de la ocupación ya que esta pregunta es el principal indicador socioeconómico del sujeto. Por ello debe ceñirse lo más adecuadamente posible al listado de ocupaciones que le adjuntamos.

- 17: Esta pregunta debe ser hecha si el sujeto ha estado alguna vez casado, incluso si su mujer o marido ya ha muerto.
- 17a: Tener en cuenta los mismos aspectos que en la 16.
- 18-22: Lo corriente en estas preguntas es que las parejas de casados respondan como una unidad económica, esto es lo que se pretende registrar si el sujeto está casado; por el contrario, si no lo está, estas preguntas se referirán al sujeto exclusivamente.
- 18: En esta pregunta el apartado que se refiere a "*ayuda financiera regular por parte de miembros de la familia*" se aplica sólo a contribuciones fijas y periódicas de dinero de las que el sujeto pueda depender para hacer frente a sus gastos básicos, no se incluyen las ayudas en forma de prestar una casa o habitación, comidas, etc. que se preguntan en otra parte. Ya que es importante conocer el total de ingresos de un sujeto, si observa que alguno de ellos no ha sido incluido en esta pregunta entonces debe hacer la pregunta 18a.
- 18a: Ya que la gente es reacia a responder lo que gana, se muestra al sujeto la tarjeta de ingresos de que Uds. van a disponer y se le pide que responda con la letra de la categoría que represente sus ingresos. Tenga cuidado de anotar la letra correcta si el sujeto contesta con una cantidad que pueda ser distinta si se aplica por meses o por años, por ejemplo si tiene en cuenta las pagas extras o no.
- 19: Esta pregunta trata de averiguar cuánta gente en conjunto vive de los ingresos anotados anteriormente. En ese conjunto debe incluir al sujeto y cualquier otro, su marido o mujer por ejemplo, que reciban más de la mitad de su soporte económico a partir de los ingresos de la 18 o 18a.
- 20e: Por casa digna se entiende de estructura sólida (no ruinosas), libre de ratas u otros parásitos similares y suficientemente caliente en invierno.
- 34: La pregunta 34 es de hecho una evaluación psiquiátrica (Pfeiffer, 1979). Aunque algunas preguntas puedan parecer ridículas a los sujetos, es importante que las contesten como mejor se aplique a ellos. En contestación a algunas dudas que los sujetos pueden tener, debe ser cuidadoso y decirles sólo que Vd. está interesado en los problemas y necesidades de la gente en general e invitarles a intentar contestar lo mejor que puedan. Ya que algunas personas pueden tener problemas con los significados de algunas palabras en esta sección, el entrevistador puede definir las palabras difíciles que sean necesarias, siendo extremadamente cuidadoso de no interpretar el significado de la frase o cambiarlo de alguna manera. Por ejemplo, en la pregunta 34 (8), si el sujeto no entiende qué significa "*trama*" rephrasear y decir: "*alguien que le quiera perjudicar*". No pretendemos que esto sea un test de inteligencia, pero las preguntas están establecidas así porque la interpretación que haga el sujeto de cada una de ellas es importante.
- Las respuestas que aparecen en mayúsculas tienen un significado de patología mental.** Si la suma de las respuestas en mayúsculas es **5 ó más** hay probabilidad de que el sujeto tenga problemas psiquiátricos. A mayor puntuación, mayor probabilidad de que existan problemas psiquiátricos.

- 37: Esta pregunta se refiere a médicos, enfermeras, fisioterapeutas, naturistas, homeópatas o curanderos.
- 42-44: Es muy importante que tanto el entrevistador como el sujeto sean conscientes del período de tiempo al que se refiere cada una de estas preguntas. La 42 se refiere al **último mes**, la 44, en cambio, se refiere al **momento actual**. Por ello es conveniente que el entrevistador repita en cada categoría el período de tiempo al que se refiere. Por ejemplo, "*¿Ha tomado algún medicamento para la artritis o artrosis en el último mes?*", etc.
- 42: Sólo debe preguntarse por medicaciones recetadas por un médico. Sin embargo, tenga en cuenta que también deben ser consideradas drogas recetadas aquellas que hayan sido recomendadas, aunque sin receta, por un médico, enfermera o farmacéutico.
Otros medicamentos que no cumplan el requisito anterior, pueden escribirse abajo, pero no serán codificados. Si el sujeto toma varios medicamentos recetados se registrarán **todas las razones de su uso**.
- 46: La valoración de la visión debe hacerse con las gafas o lentes de contacto puestas, si se usan habitualmente.
- 47: La valoración de la audición debe hacerse sin audífono (si se usa).
- 52: Pueden ser incluidas aquí otras actividades vigorosas e intensas como por ejemplo, cultivar la tierra, montar en bicicleta,....
- 56-69: Las preguntas 56 a 69 son la escala del OARS para determinar la capacidad del sujeto para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, es decir, la capacidad de cuidarse a sí mismo o autocuidado. La cuestión a preguntar es "*¿Es Vd. capaz....?*" en lugar de "*¿Hace Vd....?*" porque, por ejemplo, los sujetos pueden no cocinar ni hacer los trabajos de la casa porque su mujer o su marido lo hace por ellos, siendo los sujetos, a pesar de ello, perfectamente capaces de hacerlo.
El entrevistador estará atento a que no sólo las incapacidades físicas obligan a requerir ayuda para las actividades de la vida diaria, algunos sujetos que con perfecta capacidad física para estas actividades pueden, sin embargo, ser incapaces de llevarlas a cabo regularmente por demencia, depresión, déficit intelectual, etc. En este caso la respuesta es "*1 Con alguna ayuda*" o "*0 Incapaz*". Los sujetos incapaces de hacer algo regularmente serán por tanto considerados como que necesitan alguna ayuda o que son incapaces de hacerlo, aunque pudieran realizar las actividades de la vida diaria sin ayuda de manera ocasional.
Ya que hay preguntas específicas sobre transporte en las preguntas de actividades de la vida diaria, debe tenerse en cuenta que el transporte no debe influir en las respuestas a la pregunta sobre compras. Nosotros queremos conocer la habilidad del sujeto para hacer compras. Si el sujeto no pudiera hacer sus propias compras porque no tuviera transporte, pero fuera capaz de hacerlas perfectamente de manera regular, nosotros puntuaríamos con un 2.

69: Si en la 69 a. los sujetos se mojan o ensucian menos de una vez por semana, deberá volver a la 69 y marcar 1 (no), es decir, no lo hacen. La incontinencia menor por stress no se considera aquí incontinencia.

70: Recoger esta información completa es importante. En los estudios de seguimiento estas personas pueden ser cruciales para localizar al sujeto. A diferencia de la pregunta 14 aquí sí se incluyen a personas que cobren por cuidarle; este caso deberá ser anotado en "*otros. ESPECIFICAR*".

71: **Utilización de servicios.** Esta pregunta, que está dividida en 24 subpreguntas (5 están en la parte A y 1 no ha sido incluida en este cuestionario, quedando este apartado por tanto con 18 subpreguntas), interroga acerca de los servicios que el sujeto está o no está recibiendo. Cada una de estas subpreguntas interroga acerca de un servicio específico. Aunque las subpreguntas de cada servicio no son idénticas, siguen un modelo general. En la mayoría de ellas lo que deseamos es conocer **si el sujeto ha utilizado el servicio en los últimos seis meses** y, si es así, **quién ha sido el proveedor, si ha pagado por ello y en qué cantidad lo ha recibido**. A continuación nosotros preguntamos **si el sujeto todavía lo está recibiendo y por último si cree que lo necesita**. Esta última pregunta sobre necesidad del servicio la haremos tanto si el sujeto está recibiendo el servicio como si no. Por ejemplo, en la subpregunta 2 algunos sujetos pueden estar recibiendo servicios recreacionales y aún así decir que no los necesitan, mientras que otros que también han recibido algún servicio recreacional pueden contestar que sí los necesitan.

Ya que frecuentemente es difícil para los sujetos pensar en términos de "*los últimos seis meses*", el entrevistador calculará el mes de comienzo del período, por ejemplo, "*desde el pasado junio*". Este procedimiento ya ha sido reseñado en cada una de las subpreguntas para asegurar que el sujeto está contestando refiriéndose realmente a los pasados seis meses.

En la sección de servicios el entrevistador tendrá una carga adicional para conseguir "**la mejor información posible**". En la mayoría de los casos las preguntas son claras y directas, pero alguna requerirán más explicación. Es importante que el entrevistador comprenda qué representa cada servicio y se asegure de que el respondiente, sea sujeto o informante, también lo comprende.

Servicios con problemas especiales

(2) Los servicios sociales/recreacionales son cualquier actividad planificada y organizada, diseñada para aumentar la interacción social de una persona o mejorar el uso creativo del tiempo de ocio. Algunos ejemplos son: clubs sociales, clubs y grupos parroquiales, hobbies, recreos y grupos de especial interés, así como proyectos de voluntariados y todo tipo de cursos que se realicen por placer o enriquecimiento. También se incluirían actividades de artesanía organizadas y otros hobbies.

(4) Trabajos protegidos. Se aplica al trabajo en industrias especiales, oficinas o tiendas diseñadas para emplear a inválidos o discapacitados.

(5) Servicios educativos relacionados con el empleo. Incluye cualquier formación que prepare a una persona para un trabajo. Algunos ejemplos son, cursos de secretariado, escuelas profesionales, capacitación para trabajadores mayores y

talleres de aprendices.

(6) Entrenamiento paliativo. Cualquier entrenamiento -excepto fisioterapia, que se encuentra cubierta en otro apartado (ver subpregunta 13)- diseñado para mejorar las capacidades de una persona cuyas habilidades se encuentran limitadas. Incluye terapia del lenguaje, de la lectura o cursos de alfabetización, orientación en la realidad, entrenamiento de autocuidado para discapacitados mentales o físicos, entrenamiento para ciegos, etc.

(7) Servicios de atención a la salud mental. Incluye asesoramiento familiar, pastoral o de pareja, junto a todas las formas de asesoramiento individual o grupal o psicoterapia. También se incluye las evaluaciones para hospitalización psiquiátrica.

(9) Servicios de cuidados personales. Se refieren a la ayuda diaria para bañarse, vestirse, asearse, alimentarse e ir al water. No se incluirán las visitas a la peluquería; tampoco se refiere a la ayuda que se da por amabilidad, sino sólo por necesidad.

(10) Cuidados de enfermería. Los cuidados de enfermería, como se definen en este cuestionario, pueden ser provistos por una enfermera o cualquier otra persona. Con este conjunto de preguntas queremos saber sobre instrucciones, tratamientos o medicamentos administrados o controlados por una enfermera, asistente, miembro de la familia o cualquier otro. Algunos ejemplos sería la administración de una medicina -oral o en inyecciones-, el cuidado de la sonda, cambio de vendajes y toma de presión sanguínea y temperatura. Pero estos servicios no incluyen otros como la supervisión continua o los servicios de cuidados personales, etc, aunque hayan sido realizados por una enfermera.

(13) Fisioterapia (terapia física). Debe ser un conjunto planificado de ejercicios físicos, masajes o tratamientos, que puede ser supervisado por un asistente, una enfermera, un miembro de la familia o un fisioterapeuta. No se considera aquí la fisioterapia que, en los últimos seis meses, se lleva a cabo ya por el propio sujeto, convirtiéndose así, por tanto, en autocuidado.

(14) Supervisión continua. Se aplica a la vigilancia continua, de 24 horas cada día, de un individuo. No es necesario que la persona esté permanentemente en la habitación, pero debe estar cerca -desde donde pueda escuchar su llamada-. Aquellos individuos que tienen a alguien con ellos 24 horas al día -y necesitan que alguien los cuide si, por ejemplo, esa persona sale a la compra- se entiende que está recibiendo supervisión continua. En una clínica o residencia asistida la supervisión continua existe para todo aquel que lo necesite, puesto que hay siempre una enfermera disponible; pero lo que se pregunta es si alguien *"ha tenido que estar junto a Vd. las 24 horas del día para cuidarle"* o no. En otras palabras, la supervisión continua existe sólo si se da como una necesidad y no cuando ocurre por la simple presencia de otros.

(15) Servicios de control. Generalmente, a los sujetos que han estado recibiendo supervisión continua en los últimos seis meses sólo se le hace la subpregunta 15c, pero hay una excepción. Puede que el sujeto ya no está recibiendo supervisión continua pero sí servicios de control. En este caso, no saltar a la pregunta 15c, ya que

es necesario conocer si el sujeto recibió control después de terminar la supervisión continua.

(17) Servicios domésticos. Lo que pregunta es "*¿Alguien ha tenido que ayudarle con las tareas domésticas...?*", y no "*¿Alguien le ha ayudado....?*". No queremos saber si la esposa es quien limpia o lava la ropa, etc. de su marido; sólo queremos saber si esta ayuda ha sido requerida porque el sujeto no puede hacerlo por sí mismo.

(24) Servicios de coordinación, información y derivación. Aquí la intención de la pregunta sería: "*¿alguien ha comprobado que vd. recibe las diversas ayudas que necesita?*" y sigue diciendo "*¿alguien le ha dado información sobre los tipos de ayuda que están disponibles o le ha puesto en contacto con aquellas personas que pueden ayudarle?*" No estamos interesados en conocer alguna información esporádica o casual, como por ejemplo que un amigo le haya dicho "*deberías contactar con el Centro de Salud Mental, podrían ayudarte*". Queremos saber acerca de las personas que tienen la responsabilidad de informar y vigilar que se cubran las necesidades del sujeto.

73-82: Las preguntas 73 a 82 deben realizarse una vez concluida la entrevista con el sujeto y deben ser preguntadas a un informante si está disponible. Estas no deberían hacerse en presencia del sujeto (Ver Intimidad).

74: La pregunta 74, al igual que la pregunta 14, no se refiere a ayuda pagada por el sujeto, si está enfermo o incapacitado sino, más bien, a familiares, amigos y vecinos. Es más una pregunta sobre soporte social que económico y ha sido incluida bajo ese título dentro de las preguntas al informante.

86a: En la pregunta 86a puede obtenerse información adicional sobre el estado físico y mental del sujeto. Queremos saber si el sujeto o el informante se niega a contestar y porqué. Es también importante saber si el sujeto está demasiado enfermo o trastornado mentalmente para hablar con el entrevistador, o si quizás el sujeto está sordo o en coma.

87-96: En las preguntas 87 a 96 se pide a los encuestadores que dé sus impresiones sobre el informante, el entorno del sujeto, etc. En algunos casos el entrevistador sentirá que no ha habido suficiente información para contestar algunas de esas preguntas y deberá indicarlo. Pero generalmente, incluso en entrevistas con un sólo informante se obtiene información suficiente para contestar estas preguntas. Se insiste al entrevistador para que conteste todas o la mayor cantidad posible de preguntas basándose en **cualquier información y datos que hubiera recogido**.

97-101: Escalas de clasificación. Por favor, lea la información sobre las clasificaciones suministrada en la introducción a este capítulo. Las cinco escalas de clasificación están diseñadas para ayudar al entrevistador a hacer la valoración resumen del sujeto.
Estos juicios están basados en la impresión global del entrevistador sobre el sujeto a partir de la información contenida en el cuestionario y de cualquier otra fuente. El entrevistador valorará el nivel de funcionamiento actual del sujeto en recursos

sociales (preguntas 6-14, 73, 74, 87 y 88), recursos económicos (15-30, 75, 89-91), salud mental (Cuestionario Preliminar y preguntas 31-36, 76-80 y 92-95), salud física (37-55, 81, 82 y 96) y actividades de la vida diaria (56-69). Aunque el entrevistador debería usar las descripciones de niveles para cada escala para llegar al nivel apropiado de funcionamiento, debería tener en mente el significado básico de los seis niveles:

1= Excelente

2= Bueno

3= Ligeramente insatisfactorio/deteriorado

4= Moderadamente insatisfactorio/deteriorado

5= Severamente insatisfactorio/deteriorado

6= Totalmente insatisfactorio/deteriorado

Las clasificaciones se basan en el nivel de funcionamiento del sujeto en el momento de la entrevista, incluso si el estado es considerado como transitorio. El entrevistador debe hacer un círculo en el número específico del nivel, incluso cuando encuentre dificultades para elegir entre dos niveles. No están permitidas clasificaciones intermedias entre dos números, como por ejemplo clasificar entre 2 y 3.

- 97: Escala de clasificación de recursos sociales. Incluye dos conceptos: la satisfacción de los sujetos con la red social y la adecuación del soporte social en caso de discapacidad. Las combinaciones más comunes están enumeradas como ejemplos en las escalas, pero el entrevistador puede volver al significado básico de las escalas para orientarse cuando el sujeto no encaja en la descripción.
- 98: Escala de clasificación de recursos económicos. Incluye dos conceptos con varias combinaciones: la adecuación de los ingresos del sujeto y la presencia o ausencia de reservas que puedan ayudar en tiempos difíciles. A menudo es imposible valorar el estado económico basándose sólo en los ingresos económicos y reservas, ya que muchos sujetos están recibiendo suplementos a sus ingresos tales como comidas y provisión de vivienda por parte de sus familiares, están viviendo en asilos o come en comedores públicos. Nos referimos a los ingresos no monetarios, es decir, en especies.
Se recuerda al entrevistador que si el sujeto no se ajusta a ninguna de las categorías descritas, debe usar el significado general de los números de la clasificación.
- 99: El término síntomas psiquiátricos se refiere no sólo a síntomas psicóticos, sino también a depresión, hipocondriasis, etc.
- 100: El término incapacidad se refiere aquí a cualquier déficit tales como falta de un miembro, parálisis, disfunción de órgano interno, etc. En algunos casos estas incapacidades han sido compensadas, así que ya no representan un problema físico o no necesitan tratamiento. En otros casos la incapacidad, sola o en combinación con otras enfermedades, imposibilita o requiere tratamiento. La escala intenta describir diversos grados de deterioro físico. De nuevo, cuando haya dudas volver a las descripciones generales.



A8. ESCALAS DE VALORACIÓN DE LAS PUNTUACIONES DE DETERIORO FUNCIONAL

ESCALA DE CLASIFICACIÓN DE RECURSOS SOCIALES

97. CLASIFICA LOS RECURSOS SOCIALES ACTUALES DE LA PERSONA, EVALUÁNDOLOS EN LA ESCALA DE SEIS PUNTOS QUE SE PRESENTA ABAJO. RODEA EL NÚMERO (SÓLO UNO) QUE MEJOR DESCRIBA LAS CIRCUNSTANCIAS PRESENTES DE LA PERSONA.

LAS PREGUNTAS DE RECURSOS SOCIALES SON DE LA 6 A LA 14, 73, 74, 87 Y 88.

1. Recursos sociales excelentes.

Sus relaciones sociales son muy satisfactorias y amplias, como mínimo una persona le cuidaría indefinidamente.

2. Buenos recursos sociales.

Sus relaciones sociales son moderadamente satisfactorias y adecuadas y como mínimo una persona le cuidaría indefinidamente 0

Las relaciones sociales son muy satisfactorias y amplias y sólo tendría disponible una ayuda poco tiempo.

3. Recursos sociales ligeramente insatisfactorios.

Sus relaciones sociales son insatisfactorias, de pobre calidad, escasas; pero como mínimo una persona le cuidaría indefinidamente 0

Las relaciones sociales son moderadamente satisfactorias, adecuadas y sólo tendría disponible una ayuda por un período corto de tiempo.

4. Recursos sociales moderadamente insatisfactorios.

Las relaciones sociales son insatisfactorias, de pobre calidad, escasas y sólo se dispone de ayuda por un período corto de tiempo 0

Las relaciones sociales son como mínimo adecuadas o satisfactorias, pero la ayuda sería disponible sólo de vez en cuando.

5. Recursos sociales fuertemente insatisfactorios.

Las relaciones sociales son insatisfactorias, de pobre calidad, escasas; y la ayuda sólo sería disponible de vez en cuando 0

Las relaciones sociales son como mínimo satisfactorias o adecuadas; pero la ayuda no es ni siquiera disponible de vez en cuando.

6. Recursos sociales totalmente insatisfactorios.

Las relaciones sociales son insatisfactorias, de pobre calidad, escasas; y la ayuda no es ni siquiera disponible de vez en cuando.

ESCALA DE CLASIFICACIÓN DE RECURSOS ECONÓMICOS

98. CLASIFICA LOS RECURSOS ECONÓMICOS ACTUALES DE LA PERSONA, EVALUÁNDOLOS EN LA ESCALA DE SEIS PUNTOS QUE SE PRESENTA ABAJO. RODEA EL NÚMERO (SÓLO UNO) QUE MEJOR DESCRIBA LAS CIRCUNSTANCIAS PRESENTES DE LA PERSONA.

LAS PREGUNTAS DE RECURSOS ECONÓMICOS SON DE LA 15 A LA 30, LA 75 Y DE LA 89 A LA 91.

1. Recursos económicos excelentes.

Sus ingresos son amplios y el Sujeto tiene reservas.

2. Recursos económicos satisfactorios.

Ingresos amplios y el Sujeto no tiene reservas

O

Ingresos suficientes y el Sujeto tiene reservas.

3. Recursos económicos ligeramente insatisfactorios.

Ingresos suficientes y el Sujeto no tiene reservas

O

Ingresos algo insuficientes y el Sujeto tiene reservas.

4. Recursos económicos moderadamente insatisfactorios.

Ingresos un poco insuficientes y el Sujeto no tiene reservas.

5. Recursos económicos fuertemente insatisfactorios.

Ingresos totalmente insuficientes. El Sujeto puede tener o no tener reservas.

6. Recursos económicos totalmente insatisfactorios.

El Sujeto está desprovisto, carente totalmente de ingresos o reservas.

(SE CONSIDERA QUE EL INGRESO ES SUFICIENTE SI SE CUBREN TODAS LAS NECESIDADES DEL SUJETO).



ESCALA DE CLASIFICACIÓN DE SALUD MENTAL

99. CLASIFICA EL FUNCIONAMIENTO MENTAL ACTUAL DE LA PERSONA, EVALUÁNDOLO EN LA ESCALA DE SEIS PUNTOS QUE SE PRESENTA ABAJO. RODEA EL NÚMERO (SÓLO UNO) QUE MEJOR DESCRIBA EL FUNCIONAMIENTO PRESENTE DE LA PERSONA.

LAS PREGUNTAS DE SALUD MENTAL SON LAS DEL CUESTIONARIO PRELIMINAR Y LOS NÚMEROS 31 A 36, 76 A 80 Y 92 A 95.

1. Salud mental sobresaliente.

Despierto intelectualmente y disfrutando claramente de la vida. Se las arregla para lo rutinario y problemas graves de su vida con facilidad y no tiene síntomas psiquiátricos.

2. Buena salud mental.

Resuelve tanto lo rutinario como los problemas graves de su vida satisfactoriamente e intelectualmente está intacto y libre de síntomas psiquiátricos.

3. Salud mental ligeramente deteriorada.

Tiene ligeros síntomas psiquiátricos y/o ligero deterioro intelectual. Sigue encargándose de lo rutinario aunque no lleva satisfactoriamente los problemas graves de su vida.

4. Salud mental moderadamente deteriorada.

Tiene síntomas psiquiátricos definidos, y/o un moderado deterioro intelectual. Es capaz de hacer lo rutinario, tomar decisiones con sentido común, pero incapaz de manejarse con los problemas graves de su vida.

5. Salud mental fuertemente deteriorada.

Tiene síntomas psiquiátricos graves y/o un grave deterioro intelectual, que dificulta lo rutinario y los juicios y decisiones que se hacen a diario.

6. Salud mental totalmente deteriorada.

Muy psicótico o completamente deteriorado intelectualmente. Requiere supervisión periódica o constante a causa de su comportamiento claramente anormal o potencialmente peligroso.

ESCALA DE CLASIFICACIÓN DE SALUD FÍSICA

100. CLASIFICA EL FUNCIONAMIENTO FÍSICO ACTUAL DE LA PERSONA EVALUÁNDOLO EN LA ESCALA DE 6 PUNTOS QUE SE PRESENTA ABAJO. RODEA CON UN CÍRCULO EL NÚMERO (SÓLO UNO) QUE MEJOR DESCRIBA EL FUNCIONAMIENTO ACTUAL DE LA PERSONA.

LAS PREGUNTAS DE SALUD FÍSICA SON LAS NÚMERO 37 A 55, 81, 82 Y 96.

1. Tiene una salud física excelente.

Se ocupa de actividades físicas vigorosas, regularmente o como mínimo de vez en cuando.

2. Tiene una buena salud física.

Enfermedades o incapacidades insignificantes. Requiere un cuidado médico rutinario, como chequeos anuales.

3. Salud física ligeramente deteriorada.

Tiene sólo enfermedades menores y/o incapacidades que se benefician del tratamiento médico o medidas correctivas.

4. Salud física moderadamente deteriorada.

Tiene una o más enfermedades o incapacidades que son dolorosas o requieren un tratamiento médico considerable.

5. Salud física fuertemente deteriorada.

Tiene una o más enfermedades o incapacidades que son severamente dolorosas o amenazan su vida, o que requieren tratamiento médico dilatado.

6. Salud física totalmente deteriorada.

Guarda cama y requiere asistencia médica todo el tiempo o cuidado de enfermeras para mantener las funciones corporales vitales.

ESCALA DE CLASIFICACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)

101. CLASIFICA EL DESEMPEÑO ACTUAL DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DE LA PERSONA EVALUÁNDOLAS EN LA ESCALA DE 6 PUNTOS QUE SE PRESENTA ABAJO. RODEAR CON UN CÍRCULO EL NÚMERO (SÓLO UNO) QUE MEJOR DESCRIBE EL DESEMPEÑO ACTUAL DE LA PERSONA.

LAS PREGUNTAS DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA SON LAS QUE VAN DE LA 56 A LA 69.

1. Excelente capacidad en AVD.

Puede realizar todas las Actividades de la Vida Diaria sin ayuda y con facilidad.

2. Buena capacidad AVD.

Puede realizar todas las Actividades de la Vida Diaria sin ayuda.

3. AVD ligeramente insatisfactorias.

Puede realizar todas salvo de una a tres AVD. Requiere alguna ayuda con de una a tres AVD, pero no necesariamente cada día. Puede pasar algún día sin ayuda. Es capaz de preparar sus propias comidas.

4. AVD moderadamente insatisfactorias.

Requiere asistencia regularmente en al mínimo cuatro AVD pero es capaz de pasar algún día sin ayuda. O regularmente requiere ayuda para la preparación de comidas.

5. AVD severamente insatisfactorias.

Necesita ayuda cada día pero no necesariamente en todo el día o noche con muchas AVD.

6. Completamente insatisfactoria la capacidad AVD.

Necesita ayuda durante todo el día y/o noche para desempeñar las AVD.

RESUMEN DE PUNTUACIONES

Recursos Sociales _____

Recursos Económicos _____

Salud Mental _____

Salud Física _____

Actividades de la Vida Diaria _____

Puntuaciones acumulativas de deterioro _____

(Suma de las cinco puntuaciones)



**A9. TABLA DE RELACIÓN DE ENFERMEDADES QUE REFIEREN E
INTERFIEREN CON LA VIDA SEGÚN LA COHORTE**

Relación de enfermedades que refieren los encuestados. Nivel de interferencia en su vida, según la cohorte

Enfermedades e interferencia en su vida		INICIAL Porcentaje (IC 95%)	FINAL Porcentaje (IC 95%)	DIF. PORCENTAJE S (Final - Inicial)	p
Reumatismos, artrosis, lumbago...					0,143
Grado de interferencia en su vida	No	45,6% (33,9; 57,2)	35,4% (24,3; 46,6)	-10,1% (-23,5; 3,3)	
	Nada	2,5% (0,3; 8,8)	3,8% (0,8; 10,7)	1,27% (-5,5; 8,3)	
	Poco	19,0% (9,7; 28,3)	19,0% (9,7; 28,3)	0% (-12,1; 12,1)	
	Mucho	32,9% (21,9; 43,9)	41,8% (30,3; 53,3)	8,9% (-22,5; -4,8)	
Glaucoma, cataratas					0,004
Grado de interferencia en su vida	No	78,5% (68,8; 88,2)	46,8% (35,2; 58,5)	-31,7% (-45,5; -17,8)	
	Nada	3,8% (0,8; 10,7)	16,4% (7,6; 25,3)	12,6% (2,8; 22,9)	
	Poco	11,4% (3,7; 19)	24,1% (14,0; 34,1)	12,7% (1,9; 23,4)	
	Mucho	6,3% (2,1; 14,2)	12,6% (4,7; 20,6)	6,3% (-3,8; 13,5)	
Asma, EPOC, bronquitis...					0,719
Grado de interferencia en su vida	No	91,1% (84,2; 98)	88,6% (8; 96,2)	-2,5% (-12,9; 7,8)	
	Nada	3,8% (0,8; 10,7)	5,1% (1,4; 12,5)	1,7% (-6,3; 9)	
	Poco	1,3% (0; 6,8)	3,8% (0,8; 10,7)	2,5% (-3,6; 9,4)	
	Mucho	3,8% (0,8; 10,7)	2,5% (0,3; 8,8)	-1,3% (5,5; 8,3)	
Hipertensión arterial					0,144
Grado de interferencia en su vida	No	66,7% (55,6; 77,8)	52,6% (40,8; 64,3)	-14,1% (-28,6; 0,4)	
	Nada	11,6% (3,8; 19,3)	10,3% (2,9; 17,6)	-1,3% (-10,3; 8,3)	
	Poco	10,3% (2,9; 17,6)	30,8% (19,9; 41,7)	20,5% (7,5; 33,5)	
	Mucho	11,5% (3,8; 19,3)	6,4% (2,1; 14,3)	-5,1% (-12,3; 4,6)	

Enfermedades e interferencia en su vida		INICIAL Porcentaje (IC 95%)	FINAL Porcentaje (IC 95%)	DIF. PORCENTAJE S (Final - Inicial)	p
Temblor, Parkinson....					0,456
No		92,3% (85,7; 98,9)	93,6% (85,7; 97,9)	1,3% (-7,8; 10,4)	
Grado de interferencia en su vida	Nada	0% (0; 4,6)	3,8% (0,8; 10,8)	3,8% (0,8; 10,8)	
	Poco	6,4% (2,1; 14,3)	1,3% (0; 6,9)	-5,1% (-13; 1,7)	
	Mucho	1,3% (0; 6,9)	1,3% (0; 6,9)	0% (-5,7; 5,7)	
Enfermedad coronaria					0,166
No		88,3% (80,5; 96,2)	83,1% (74,1; 92,1)	-5,2% (-11,2; 4)	
Grado de interferencia en su vida	Nada	1,3% (0; 7)	7,8% (1,2; 14,4)	6,5% (-0,7; 14,78)	
	Poco	2,6% (0,3; 9,1)	6,5% (2,1; 14,5)	3,9% (-3,6; 12)	
	Mucho	7,8% (1,2; 14,4)	2,6% (0,3; 9,1)	-5,2% (-7,7; 2,2)	
Insuficiencia cardiaca, arritmia					0,287
No		78,2% (68,4; 88)	83,3% (74,4; 92,2)	5,2% (-14,3; 6)	
Grado de interferencia en su vida	Nada	2,6% (0,3; 8,9)	6,4% (2,1; 14,3)	3,8% (-3,6; 11,9)	
	Poco	10,2% (2,9; 17,6)	5,1% (1,4; 12,6)	-5,1% (-14,6; 4)	
	Mucho	9% (2; 15,9)	5,1% (1,4; 12,6)	-3,9% (-10,7; 1,8)	
Problemas de circulación					0,348
No		62,8% (51,4; 74,2)	51,3% (39,5; 63)	-11,5% (2,7; 25,7)	
Grado de interferencia en su vida	Nada	5,1% (1,4; 12,6)	9,0% (2; 15,9)	3,9% (-5; 13)	
	Poco	17,9% (8,8; 27,1)	28,2% (17,6; 38,8)	10,3% (-1,6; 18,6)	
	Mucho	14,1% (5,7; 22,5)	11,5% (3,8; 19,3)	-2,6% (-12,4; 8,2)	
Diabetes					0,502
No		85,9% (77,5; 94,3)	82% (72,9; 91,2)	-3,9% (6,1; -12)	
Grado de interferencia en su vida	Nada	5,1% (1,4; 12,6)	7,7% (1,1; 14,2)	2,6% (11,4; -6,1)	
	Poco	5,1% (1,4; 12,6)	5,1% (1,4; 12,6)	0% (5,9; -5,9)	
	Mucho	3,8% (0,8; 10,8)	5,1% (1,4; 12,6)	1,3% (9,1; -6,4)	

Enfermedades e interferencia en su vida		INICIAL Porcentaje (IC 95%)	FINAL Porcentaje (IC 95%)	DIF. PORCENTAJE S (Final - Inicial)	p
Úlcera de estómago, duodeno, gastritis					0,193
No		85,9% (77,5; 94,3)	80,8% (71,4; 90,2)	-5,1% (-15,1; 6,6)	
Grado de interferencia en su vida	Nada	1,3% (0; 6,9)	7,7% (1,1; 14,2)	6,4% (0; 14,4)	
	Poco	9,0% (2; 15,9)	5,1% (1,4; 12,6)	-3,9% (-13; 5,1)	
	Mucho	3,8% (0,8; 10,8)	6,4% (2,1; 14,3)	2,6% (-4,3; 7)	
Estreñimiento, hemorroide, fisuras					0,05
No		82,1% (72,9; 91,2)	93,6% (85,7; 97,9)	11,5% (-18,8; 4,4)	
Grado de interferencia en su vida	Nada	1,3% (0; 6,9)	1,3% (0; 6,9)	0% (-5,2; 5,2)	
	Poco	6,4% (2,1; 14,3)	3,8% (0,8; 10,8)	-2,6% (-10,8; 5,7)	
	Mucho	10,3% (2,9; 17,6)	1,3% (0; 6,9)	-9% (-17,8; -1,3)	
Hepatitis, cirrosis					0,782
No		98,7% (93,1; 99,9)	98,7% (93,1; 99,9)	0% (-5,7; 5,7)	
Grado de interferencia en su vida	Nada	0% (0; 4,7)	0% (0; 4,7)	0% (-4,7; 4,7)	
	Poco	0% (0; 4,7)	1,3% (0; 6,9)	1,3% (0; 6,9)	
	Mucho	1,3% (0; 6,9)	0% (0; 4,6)	-1,3% (-6,9; 3,5)	
Enfermedad renal					0,433
No		98,7% (93; 99,9)	96,1% (89; 99,2)	-2,6% (-9,6; 3,7)	
Grado de interferencia en su vida	Nada	0% (0; 4,7)	0% (0; 4,7)	0% (-4,7; 4,7)	
	Poco	0% (0; 4,7)	2,6% (0,3; 9,1)	2,6% (0,3; 9,1)	
	Mucho	1,3% (0; 7)	1,3% (0; 7)	0% (-5,8; 5,8)	
Próstata, cistitis, infección orina					0,306
No		89,7% (82,4; 97,1)	79,5% (69,9; 89,1)	-10,2% (-21,3; 7,5)	
Grado de interferencia en su vida	Nada	2,6% (0,3; 8,9)	9% (2; 15,9)	6,4% (-1,6; 15,1)	
	Poco	3,8% (0,8; 10,8)	8,9% (2; 15,9)	5,1% (-3,3; 14)	
	Mucho	3,9% (0,8; 10,8)	2,6% (0,3; 8,9)	-1,3% (-8,5; 5,6)	

Enfermedades e interferencia en su vida		INICIAL Porcentaje (IC 95%)	FINAL Porcentaje (IC 95%)	DIF. PORCENTAJES (Final - Inicial)	p
Cáncer, leucemia					0,317
No		98,7% (93; 99,9)	97,4% (91; 99,7)	-1,3% (-7,4; 4)	
Grado de interferencia en su vida	Nada	0% (0; 4,7)	0% (0; 4,7)	0% (-4,7; 4,7)	
	Poco	0% (0; 4,7)	1,3% (0; 7)	1,3% (0; 7)	
	Mucho	1,3% (0; 7)	1,3% (0; 7)	0% (-5,3; 5,3)	
Anemia					0,439
No		98,7% (93; 99,9)	96,1% (89; 99,2)	-2,6% (-9,6; 3,7)	
Grado de interferencia en su vida	Nada	0% (0; 4,7)	2,6% (0,3; 9,1)	2,6% (0,3; 9,1)	
	Poco	1,3% (0; 7)	0% (0; 4,7)	-1,3% (-7; 3,6)	
	Mucho	0% (0; 4,7)	1,3% (0; 7)	1,3% (0; 7)	
Trombosis, hemorragia cerebral					0,873
No		94,9% (87,9; 98,6)	94,9% (87,9; 98,6)	0% (-8,1; 8,1)	
Grado de interferencia en su vida	Nada	0% (0; 4,7)	1,3% (0; 7)	1,3% (0; 7)	
	Poco	3,9% (0,8; 10,8)	2,6% (0,3; 8,9)	-1,3% (-8,4; 5,6)	
	Mucho	1,3% (0; 7)	1,3% (0; 7)	0% (-5,7; 5,7)	
Demencia, pérdida de memoria, arteroesclerosis					0,272
No		83,5% (74,7; 92,3)	91,1% (84,2; 98)	7,6% (16,7; -4,1)	
Grado de interferencia en su vida	Nada	2,5% (0,3; 8,5)	5% (1,4; 12,4)	2,5% (10; -4,5)	
	Poco	7,6% (1,1; 14,19)	1,3% (0; 6,8)	-6,3% (0,7; -14,4)	
	Mucho	6,3% (2,1; 14,2)	2,5% (0,3; 8,8)	-3,8% (3,5; -11,7)	
Enfermedad de los pies					0,81
No		72,1% (61,6; 82,7)	75,9% (65,9; 86)	3,8% (-9,1; 16,7)	
Grado de interferencia en su vida	Nada	6,3% (2,1; 14,1)	6,3% (2,1; 14,1)	0% (-5,8; 5,8)	
	Poco	10,1% (2,8; 17,4)	10,1% (2,8; 17,4)	0% (-10,4; 10,4)	
	Mucho	11,4% (3,7; 19)	7,6% (1,1; 14,1)	-3,8% (-10,9; 5,3)	

Enfermedades e interferencia en su vida		INICIAL Porcentaje (IC 95%)	FINAL Porcentaje (IC 95%)	DIF. PORCENTAJES (Final - Inicial)	P
Hernias inguinales o abdominales					0,251
No		98,7% (93,1; 99,9)	91,1% (84,2; 98)	-7,6% (-16; -0,3)	
Grado de interferencia en su vida	Nada	0% (0; 4,6)	7,6% (1,1; 14,1)	7,6% (1,1; 14,1)	
	Poco	0% (0; 4,6)	1,3% (0; 6,8)	1,3% (0; 6,8)	
	Mucho	1,3% (0; 6,8)	0% (0; 4,6)	-1,3% (-6,8; 3,5)	
Dolor de cabeza					0,004
No		82% (72,9; 91,2)	97,4% (91; 99,7)	15,4% (5,6; 25,6)	
Grado de interferencia en su vida	Nada	1,3% (0; 6,8)	0% (0; 4,6)	-1,3% (-6,8; 3,5)	
	Poco	6,4% (2,1; 14,3)	1,3% (0; 6,8)	-5,1% (-12,9; 1,7)	
	Mucho	10,2% (2,9; 17,6)	1,3% (0; 6,8)	-8,9% (-17,8; -1,3)	
Obesidad					0,405
No		89,6% (82,1; 97,1)	92,2% (85,6; 98,8)	2,6% (-5,3; 8,6)	
Grado de interferencia en su vida	Nada	0% (0; 4,6)	1,3% (0; 7)	1,3% (0; 7)	
	Poco	6,5% (2,1; 14,5)	3,9% (0,8; 10,9)	-2,6% (-7,1; 4,3)	
	Mucho	3,9% (0,8; 10,9)	2,6% (0,3; 9,1)	-1,3% (-8,5; 5,7)	
Enfermedad de la boca, dientes					0,021
No		76% (65,9; 86)	89,9% (82,6; 97,1)	13,9% (3; 24,9)	
Grado de interferencia en su vida	Nada	3,8% (0,8; 10,7)	0% (0; 4,6)	-3,8% (-10,6; 1,5)	
	Poco	8,8% (2; 15,8)	6,3% (2,1; 14,19)	-2,5% (-11,9; 6,6)	
	Mucho	11,4% (3,7; 19)	3,8% (0,8; 10,7)	-7,6% (-12; 1,4)	
Bocio, tiroides					1
No		100% (95,4; 100)	100% (95,4; 100)	0%	
Grado de interferencia en su vida	Nada	0, (0; 4,6)	0, (0; 4,6)	0% (4,6; -4,6)	
	Poco	0% (0; 4,6)	0% (0; 4,6)	0% (4,6; -4,6)	
	Mucho	0% (0; 4,6)	0% (0; 4,6)	0% (4,6; -4,6)	

Enfermedades e interferencia en su vida		INICIAL Porcentaje (IC 95%)	FINAL Porcentaje (IC 95%)	DIF. PORCENTAJES (Final - Inicial)	p
Enfermedad de la piel					0,649
Grado de interferencia en su vida	No	89,9% (82,6; 97,2)	91,1% (84,2; 98)	1,2% (-5,6; 7,1)	
	Nada	5% (1,4; 12,5)	2,5% (0,3; 8,8)	-2,5% (-5; 3,1)	
	Poco	3,8% (0,8; 10,7)	3,8% (0,8; 10,7)	0,0% (-7,3; 7,3)	
	Mucho	1,2% (0; 6,8)	2,5% (0,3; 8,8)	1,3% (-4,6; 7,6)	
Neumonía, bronconeumonía					1
Grado de interferencia en su vida	No	98,7% (93,1; 99,9)	100,0% (95,4; 100)	1,3% (-3,5; 6,8)	
	Nada	0% (0; 4,6)	0% (0; 4,6)	0% (-4,6; 4,6)	
	Poco	1,3% (0; 6,8)	0% (0,0; 4,6)	-1,3% (-6,8; 3,5)	
	Mucho	0% (0; 4,6)	0% (0; 4,6)	0% (-4,6; 4,6)	
Trastornos de menopausia					0,527
Grado de interferencia en su vida	No	98,7% (93,1; 99,9)	98,7% (93,1; 99,9)	0% (-5,7; 5,7)	
	Nada	0% (0; 4,6)	1,3% (0; 6,8)	1,3% (0; 6,8)	
	Poco	0% (0; 4,6)	0% (0; 4,6)	0% (-4,6; 4,6)	
	Mucho	1,3% (0; 6,8)	0% (0; 4,6)	-1,3% (-6,8; 3,5)	
Falta de apetito, debilidad, desnutrición					0,655
Grado de interferencia en su vida	No	92,4% (85,9; 98,9)	94,9% (87,5; 98,6)	2,5% (-5,2; 8,4)	
	Nada	2,5% (0,3; 8,8)	0% (0,0; 4,6)	-2,5% (-8,8; 2,5)	
	Poco	2,5% (0,3; 8,8)	3,8% (0,8; 10,7)	1,3% (-5,5; 8,3)	
	Mucho	2,6% (0,3; 8,8)	1,3% (0; 6,8)	-1,3% (-7,6; 4,6)	



**A10. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LOS MODELOS DE REGRESIÓN
MÚLTIPLE DE LAS DIVERSAS ÁREAS DE PUNTUACIÓN DE DETERIORO
FUNCIONAL**

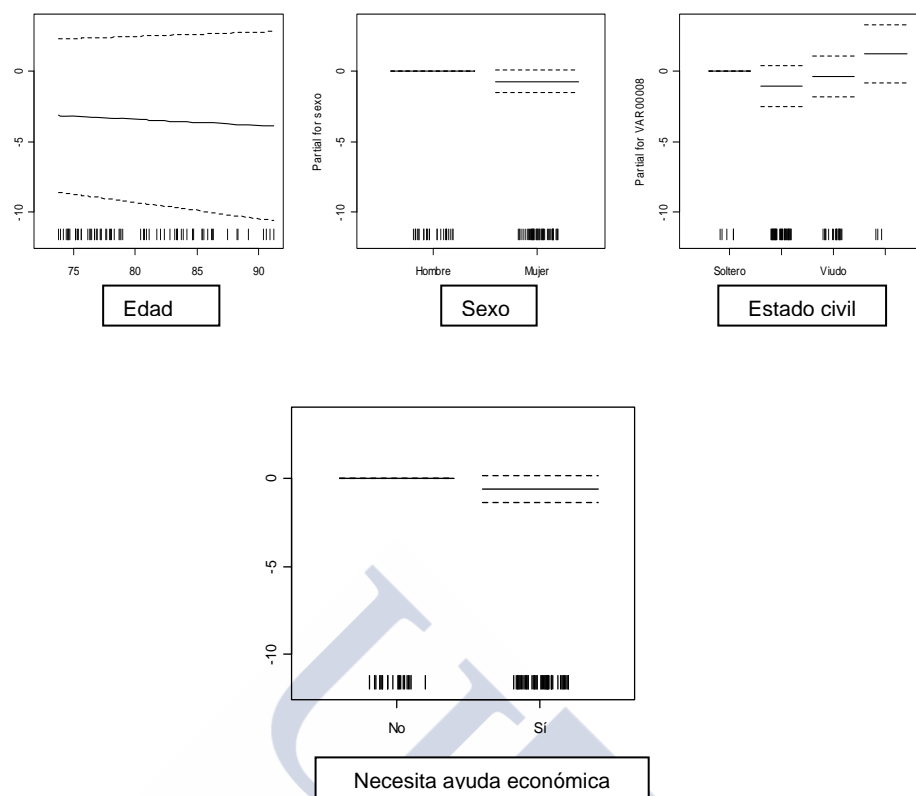


Ilustración 11. Representación gráfica del modelo de regresión múltiple del área de recursos sociales centradas en el origen..

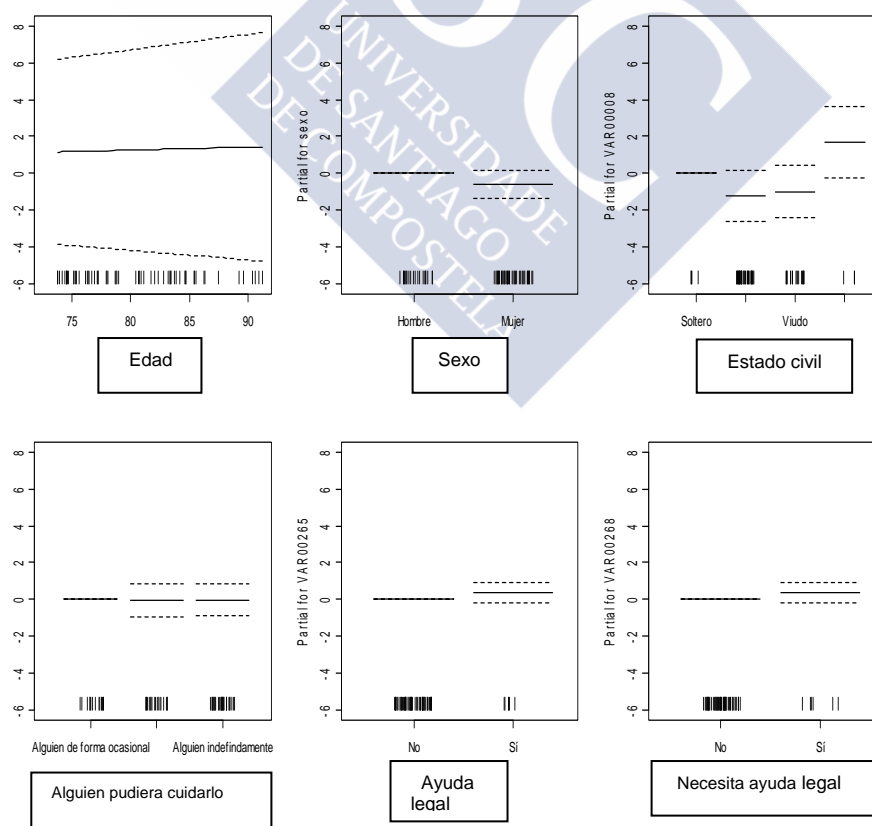


Ilustración 12. Representación gráfica del modelo de regresión múltiple del área de recursos económicos centradas en el origen

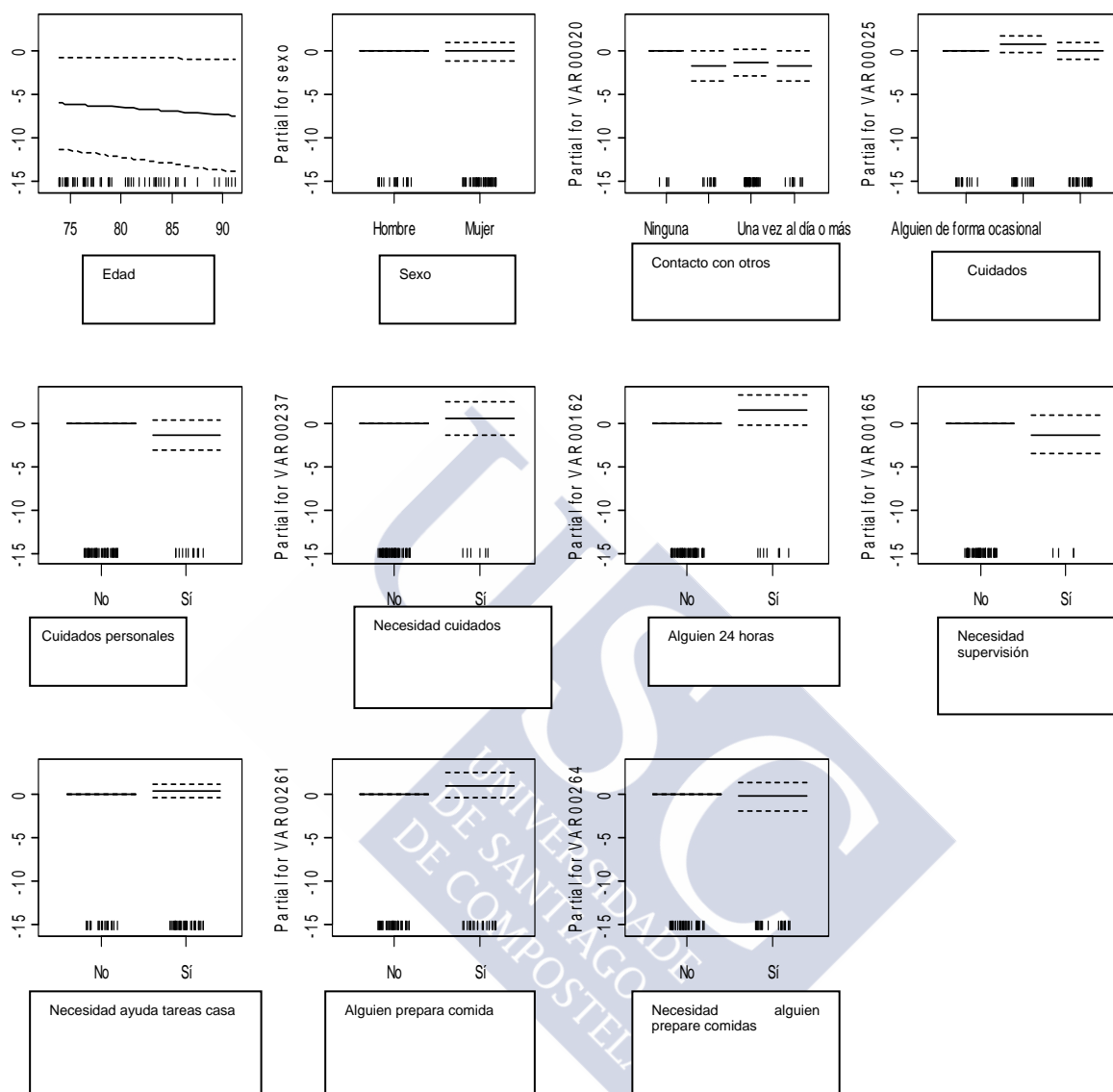


Ilustración 13. Representación gráfica del modelo de regresión múltiple del área de salud mental centradas en el origen

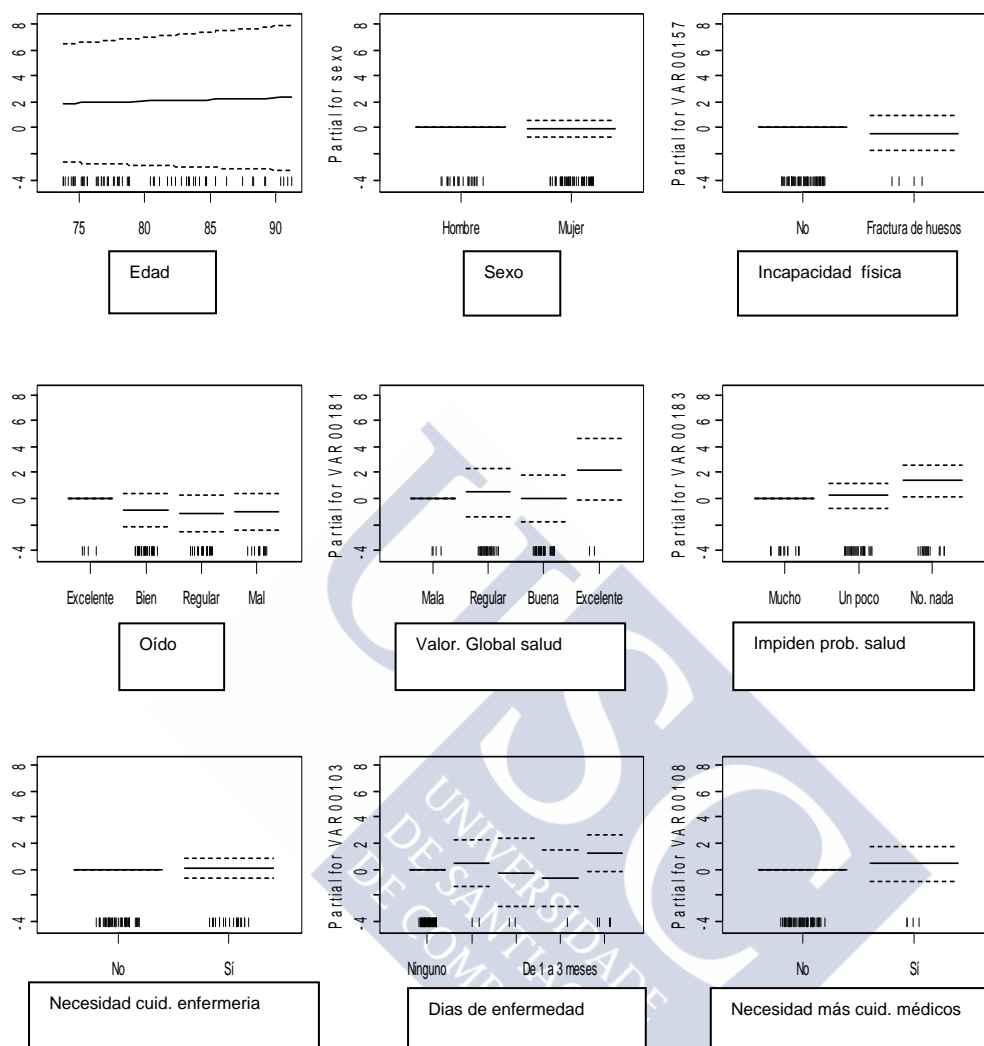


Ilustración 14. Representación gráfica del modelo de regresión múltiple del área de salud física centradas en el origen.

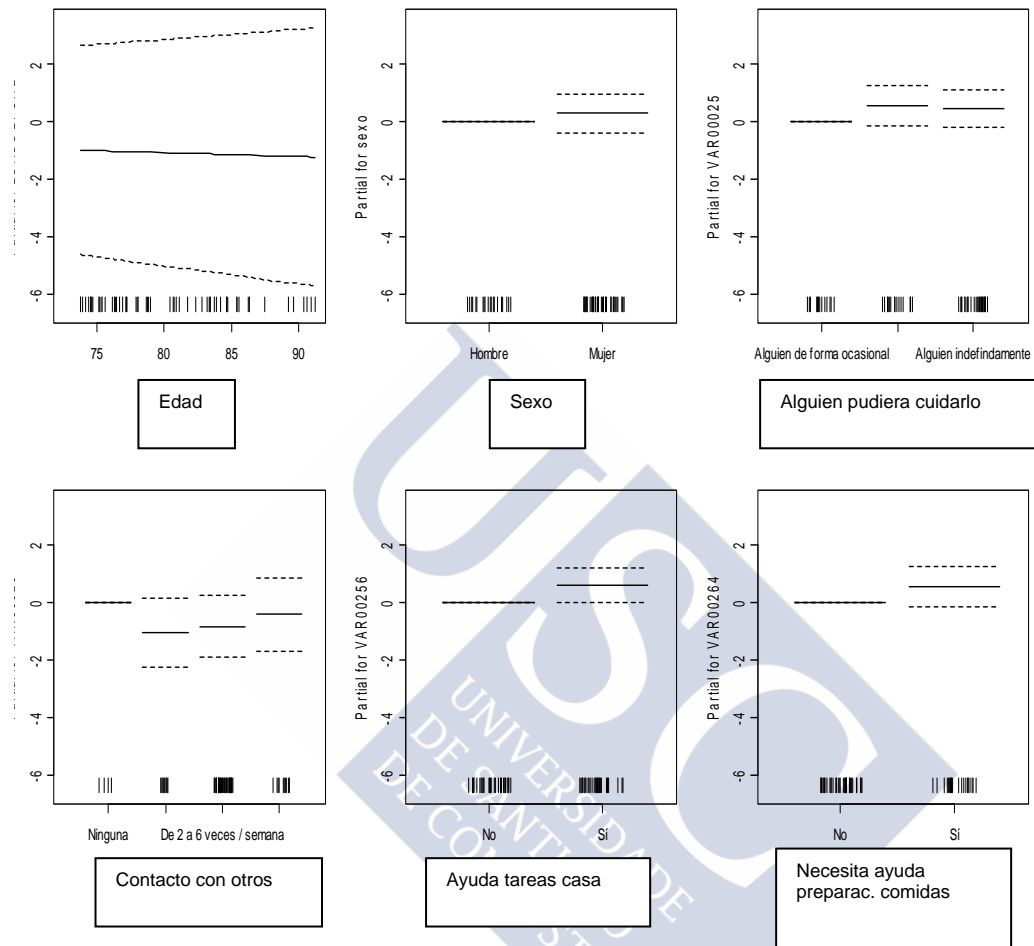


Ilustración 15. Representación gráfica del modelo de regresión múltiple del área de AVD centradas en el origen



A11. CÁLCULOS DE LOS INTERVALOS DE CONFIANZA Y DIFERENCIA DE PROPORCIONES DE LAS DISTINTAS VARIABLES ANALIZADAS



ÍNDICE

	<u>Página</u>
Características sociodemográficas	5
Características sociodemográficas. Tabla IV	6
OARS. SPMSQ	21
MFAQ – <u>Recursos sociales</u>	22
MFAQ – <u>Recursos sociales</u> . Tabla V	23
MFAQ – <u>Recursos sociales</u>	32
MFAQ – <u>Recursos sociales</u> . Tabla VI	34
MFAQ – <u>Recursos económicos</u>	46
MFAQ – <u>Recursos económicos</u> . Tabla VII.....	50
MFAQ – <u>Salud mental</u>	64
MFAQ – <u>Salud mental</u> . Tabla VIII	65
MFAQ – <u>Salud mental</u>	70
MFAQ – <u>Salud mental</u> . Tabla IX	72
MFAQ – <u>Salud física. Cuidados médicos</u>	86
MFAQ – <u>Salud física. Enfermedades y medicación</u>	89
MFAQ – <u>Salud física. Enfermedades y medicación</u> . Tabla X.....	91
MFAQ – <u>Salud física. Enfermedades y medicación</u>	109
MFAQ – <u>Salud física. Enfermedades y medicación</u> . Anexo 9 de tablas.....	110
MFAQ – <u>Salud física. Incapacidades</u>	222
MFAQ – <u>Salud física. Autopercepción de salud física</u>	225
MFAQ – <u>Salud física. Autopercepción de salud física</u> . Tabla XI.....	226
MFAQ - <u>Actividades de la vida diaria (AVD). Instrumentales (AVDI)</u> . Tabla XII	236
MFAQ - <u>Actividades de la vida diaria (AVD). Básicas</u> . Tabla XIII	258
MFAQ – <u>Actividades de la vida diaria (AVD) Índice de Katz</u>	276
MFAQ - <u>Actividades vida diaria (AVD). Incontinencia urinaria</u>	277

MFAQ – <u>Utilización de servicios. Área de mantenimiento básico o diario</u>	279
MFAQ – <u>Utilización de servicios. Área de mantenimiento básico o diario</u> . Tabla XIV	281
MFAQ – <u>Utilización de servicios. Servicios sanitarios</u> (terapéutica o rehabilitadora)	293
MFAQ – <u>Utilización de servicios. Servicios sanitarios</u> . Tabla XV	295
MFAQ – <u>Utilización de servicios. Área de servicios sociales / entretenimiento</u> .	
Tabla XVI.....	305
MFAQ – <u>Utilización de servicios. Servicios de sostenimiento</u>	311
MFAQ – <u>Utilización de servicios. Servicios de sostenimiento</u> . Tabla XVII.....	312
MFAQ – <u>Información del encuestador. PDF en recursos sociales</u> . Tabla XIX	322
MFAQ – <u>Información del encuestador. PDF en recursos económicos</u> . Tabla XX	327
MFAQ – <u>Información del encuestador. PDF en salud mental</u> . Tabla XXI	332
MFAQ – <u>Información del encuestador. PDF en salud física</u> . Tabla XXII	338
MFAQ – <u>Información del encuestador. PDF en actividades vida diaria</u>	344



CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

HOMBRES (2009)

Número de casos: 32
 Tamaño de muestra: 88
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
36,364	25,745	46,982

MUJERES (2009)

Número de casos: 56
 Tamaño de muestra: 88
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
63,636	53,018	74,255

Personas mayores de 80 años (2009)

Número de casos: 48
 Tamaño de muestra: 88
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
54,545	43,574	65,517

Personas mayores de 80 años (2001)

Número de casos: 11
 Tamaño de muestra: 88
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
12,500	5,022	19,978

TABLA IV
Totales año 2001

<u>Soltero/a</u>		
Número de casos:	6	
Tamaño de muestra:	87	
Nivel de confianza:	95,0%	
Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
6,897	0,997	12,796

<u>Casado/a</u>		
Número de casos:	66	
Tamaño de muestra:	87	
Nivel de confianza:	95,0%	
Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
75,862	66,295	85,429

<u>Viudo/a</u>		
Número de casos:	14	
Tamaño de muestra:	87	
Nivel de confianza:	95,0%	
Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
16,092	7,796	24,388

<u>Divorciado/a / separado/a</u>		
Número de casos:	1	
Tamaño de muestra:	87	
Nivel de confianza:	95,0%	
Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
1,149	0,029	6,238 (Exacto)

Vive solo (nadie)

Número de casos: 12
 Tamaño de muestra: 87
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
13,793	5,973	21,614

Educación. Analfabeto/a

Número de casos: 1
 Tamaño de muestra: 87
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
1,149	0,029	6,238	(Exacto)

Educación. Sabe leer

Número de casos: 26
 Tamaño de muestra: 87
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
29,885	19,692	40,079

Educación. Primarios

Número de casos: 49
 Tamaño de muestra: 87
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
56,322	45,325	67,319

Educación. Bachiller

Número de casos: 9
 Tamaño de muestra: 87
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
10,345	3,371	17,319

Educación. Universitarios

Número de casos: 2
 Tamaño de muestra: 87
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
2,299	0,280	8,059	(Exacto)

Estado civil - HOMBRES año 2001**Solteros**

Número de casos: 2
 Tamaño de muestra: 32
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
6,250	0,766	20,807	(Exacto)

Casados

Número de casos: 29
 Tamaño de muestra: 32
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
90,625	74,977	98,023	(Exacto)

Viudo

Número de casos: 1
 Tamaño de muestra: 32
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	-----
3,125	0,079	16,217	(Exacto)

Divorciados

Número de casos: 0
 Tamaño de muestra: 32
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	-----
0,000	0,000	10,888	(Exacto)

Estado Civil - MUJERES año 2001**Solteras**

Número de casos: 4
 Tamaño de muestra: 55
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	-----
7,273	2,017	17,587	(Exacto)

Casadas

Número de casos: 37
 Tamaño de muestra: 55
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	-----
67,273	53,963	80,582	

Viudas

Número de casos: 13
 Tamaño de muestra: 55
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
23,636	11,499	35,773

Divorciadas

Número de casos: 1
 Tamaño de muestra: 55
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
1,818	0,046	9,719 (Exacto)

VIVE SOLO - HOMBRES año 2001

Número de casos: 1
 Tamaño de muestra: 32
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
3,125	0,079	16,217 (Exacto)

VIVE SOLO - MUJERES año 2001

Número de casos: 11
 Tamaño de muestra: 55
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
20,000	8,520	31,480

ESTUDIOS - HOMBRES año 2001**Analfabeto**

Número de casos: 0
 Tamaño de muestra: 32
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
0,000	0,000	10,888	(Exacto)

Sabe leer

Número de casos: 13
 Tamaño de muestra: 32
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
40,625	22,046	59,204	

Primarios

Número de casos: 15
 Tamaño de muestra: 32
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
46,875	28,023	65,727	

Bachiller

Número de casos: 3
 Tamaño de muestra: 32
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
9,375	1,977	25,023	(Exacto)

Universitarios

Número de casos: 1
 Tamaño de muestra: 32
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
3,125	0,079	16,217 (Exacto)

ESTUDIOS - MUJERES año 2001**Analfabeto**

Número de casos: 2
 Tamaño de muestra: 55
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
3,636	0,443	12,526 (Exacto)

Sabe leer

Número de casos: 13
 Tamaño de muestra: 55
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
23,636	11,499	35,773

Primarios

Número de casos: 33
 Tamaño de muestra: 55
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
60,000	46,144	73,856

Bachiller

Número de casos: 6
 Tamaño de muestra: 55
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
----- 10,909	----- 1,761	----- 20,057

Universitarios

Número de casos: 1
 Tamaño de muestra: 55
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
----- 1,818	----- 0,046	----- 9,719	(Exacto)

Totales año 2009**Soltero/as**

Número de casos: 6
 Tamaño de muestra: 86
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
----- 6,977	----- 1,011	----- 12,942

Casado/as

Número de casos: 51
 Tamaño de muestra: 86
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
----- 59,302	----- 48,338	----- 70,267

Viudo/as

Número de casos: 26
 Tamaño de muestra: 86
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
30,233	19,945	40,520

Divorciado/as

Número de casos: 3
 Tamaño de muestra: 86
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
3,488	0,725	9,858 (Exacto)

Vive solo (nadie)

Número de casos: 12
 Tamaño de muestra: 86
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
13,953	6,049	21,858

Educación. Analfabeto

Número de casos: 1
 Tamaño de muestra: 86
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
1,163	0,029	6,309 (Exacto)

Educación. Sabe leer

Número de casos: 22
 Tamaño de muestra: 86
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
25,581	15,778	35,384

Educación. Primarios

Número de casos: 52
 Tamaño de muestra: 86
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
60,465	49,550	71,380

Educación. Bachiller

Número de casos: 9
 Tamaño de muestra: 86
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
10,465	3,414	17,516

Educación. Universitarios

Número de casos: 2
 Tamaño de muestra: 86
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
2,326	0,283	8,149	(Exacto)

Estado civil - HOMBRES año 2009**Solteros**

Número de casos: 2
 Tamaño de muestra: 30
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
6,667	0,818	22,074	(Exacto)

Casados

Número de casos: 27
 Tamaño de muestra: 30
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
90,000	73,471	97,888	(Exacto)

Viúdos

Número de casos: 1
 Tamaño de muestra: 30
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
3,333	0,084	17,217	(Exacto)

Divorciados

Número de casos: 0
 Tamaño de muestra: 30
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
0,000	0,000	11,570	(Exacto)

Estado civil - MUJERES año 2009**Solteras**

Número de casos: 4
 Tamaño de muestra: 56
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
7,143	1,980	17,290	(Exacto)

Casadas

Número de casos: 24
 Tamaño de muestra: 56
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
42,857	29,003	56,711	

Viúdas

Número de casos: 25
 Tamaño de muestra: 56
 Nivel de confianza: 95,0%

M

Proporción (%)	IC (95,0%)		
44,643	30,730	58,556	

Divorciadas

Número de casos: 3
 Tamaño de muestra: 56
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
5,357	1,119	14,867	(Exacto)

VIVE SOLO - HOMBRES año 2009

Número de casos: 0
 Tamaño de muestra: 30
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	-----
0,000	0,000	11,570	(Exacto)

VIVE SOLO - MUJERES año 2009

Número de casos: 12
 Tamaño de muestra: 56
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	-----
21,429	9,789	33,068	

ESTUDIOS - HOMBRES año 2009**Educación. Analfabeto**

Número de casos: 0
 Tamaño de muestra: 28
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	-----
0,000	0,000	12,344	(Exacto)

Educación. Sabe leer

Número de casos: 9
 Tamaño de muestra: 28
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	-----
32,143	13,059	51,227	

Educación. Primarios

Número de casos:	18
Tamaño de muestra:	28
Nivel de confianza:	95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
64,286	44,752	83,819

Educación. Bachiller

Número de casos:	1
Tamaño de muestra:	28
Nivel de confianza:	95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
3,571	0,090	18,348	(Exacto)

Educación. Universitarios

Número de casos:	0
Tamaño de muestra:	28
Nivel de confianza:	95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
0,000	0,000	12,344	(Exacto)

ESTUDIOS - MUJERES año 2009**Educación. Analfabeto**

Número de casos:	1
Tamaño de muestra:	55
Nivel de confianza:	95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
1,818	0,046	9,719	(Exacto)

Educación. Sabe leer

Número de casos: 13
 Tamaño de muestra: 55
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
23,636	11,499	35,773

Educación. Primarios

Número de casos: 34
 Tamaño de muestra: 55
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
61,818	48,069	75,567

Educación. Bachiller

Número de casos: 6
 Tamaño de muestra: 55
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
10,909	1,761	20,057

Educación. Universitarios

Número de casos: 1
 Tamaño de muestra: 55
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
1,818	0,046	9,719 (Exacto)

OARS . SPMSQ**Sin alteración función intelectual 2001**

Número de casos: 85
 Tamaño de muestra: 88
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
96,591	90,359	99,291	(Exacto)

Sin alteración función intelectual 2009

Número de casos: 52
 Tamaño de muestra: 87
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
59,770	48,891	70,649	

Con severa alteración función intelectual 2001

Número de casos: 1
 Tamaño de muestra: 88
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
1,136	0,029	6,169	(Exacto)

Con severa alteración función intelectual 2009

Número de casos: 15
 Tamaño de muestra: 87
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
17,241	8,729	25,754	

MFAQ – Recursos sociales

Texto previo tabla V

Número de casos:	49
Tamaño de muestra:	85
Nivel de confianza:	95,0%
Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
57,647	46,554 68,740

Número de casos:	28
Tamaño de muestra:	85
Nivel de confianza:	95,0%
Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
32,941	22,361 43,521

Número de casos:	12
Tamaño de muestra:	86
Nivel de confianza:	95,0%
Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
13,953	6,049 21,858

TABLA V.**Solo** - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Muestra 2		
	Si	No	Total
Si	6	6	12
No	6	68	74
Total	12	74	86

Proporción (%)		
Muestra 1	13,953	
Muestra 2	13,953	
Diferencia de proporciones (%)		IC (95,0%)
	0,000	-8,067 8,067

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

1,0000

IC 2001

Número de casos: 12
 Tamaño de muestra: 86
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
13,953	6,049	21,858

IC 2009

Número de casos: 12
 Tamaño de muestra: 86
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
13,953	6,049	21,858

Marido/Mujer - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	48	16	64
No	1	20	21
Total	49	36	85

Proporción (%)	
Muestra 1	75,294
Muestra 2	57,647

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
17,647	8,524	19,940

Prueba de comparación de proporciones
 Valor p exacto
 0,0003

IC 2001

Número de casos: 64
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
75,294	65,537	85,051

IC 2009

Número de casos: 49
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
57,647	46,554	68,740

Hijos - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	13	11	24
No	15	46	61
Total	28	57	85

	Proporción (%)
Muestra 1	28,235
Muestra 2	32,941

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-4,706	-16,421	7,009

Prueba de McNemar		
Ji-cuadrado	gl	Valor p
0,3462	1	0,5563

IC 2001

Número de casos: 24
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
28,235	18,078	38,393

IC 2009

Número de casos: 28
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
32,941	22,361	43,521

Nietos - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
Si	No	No	Total
Si	2	6	8
No	2	75	77
Total	4	81	85

Proporción (%)	
Muestra 1	9,412
Muestra 2	4,706

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
4,706	-2,840	8,812

Prueba de comparación de proporciones
 Valor p exacto
 0,2891

IC 2001

Número de casos: 8
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
9,412	2,616	16,207

IC 2009

Número de casos: 4
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
4,706	1,297	11,613 (Exacto)

Hermanos - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	2	2	4
No	1	80	81
Total	3	82	85

	Proporción (%)
Muestra 1	4,706
Muestra 2	3,529

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
1,176	-2,864	3,470

Prueba de comparación de proporciones
Valor p exacto

1,0000

IC 2001

Número de casos: 4
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
4,706	1,297	11,613 (Exacto)

IC 2009

Número de casos: 3
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
3,529	0,734	9,970 (Exacto)

Otros familiares - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	2	3	5
No	6	74	80
Total	8	77	85

	Proporción (%)
Muestra 1	5,882
Muestra 2	9,412

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-3,529	-9,003	4,250

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

0,5078

IC 2001

Número de casos: 5
Tamaño de muestra: 85
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
5,882	1,937	13,196 (Exacto)

IC 2009

Número de casos: 8
Tamaño de muestra: 85
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
9,412	2,616	16,207

Amigos - Diferencia de porcentajes - Exelll111

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	2	2
	Negativo	2	81	83
	Total	2	83	85
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0235		
2da clasificacion		0,0235		
Diferencia		0,0000		
95	% interv. de confianza:	-0,0611	hasta	0,0611

Prueba de comparación de proporciones - Epidat (Con 1 en lugar de 0) (total 86)

Valor p exacto

1,0000

IC 2001

Número de casos: 2
Tamaño de muestra: 85
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
2,353	0,286 8,242	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 2
Tamaño de muestra: 85
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
2,353	0,286 8,242	(Exacto)

Asistente - Diferencia de porcentajes - Exelll111

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	0	0
	Negativo	1	84	85
	Total	1	84	85
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0000		
2da clasificacion		0,0118		
Diferencia		-0,0118		

IC 2001

Número de casos: 0
Tamaño de muestra: 85
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
0,000	0,000	4,247	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 1
Tamaño de muestra: 85
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
1,176	0,030	6,381	(Exacto)

Otros - **Diferencia de porcentajes** - Exelllll

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	0	0
	Negativo	1	84	85
	Total	1	84	85
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0000		
2da clasificacion		0,0118		
Diferencia		-0,0118		

IC 2001

Número de casos:	0		
Tamaño de muestra:	85		
Nivel de confianza:	95,0%		
Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----		
0,000	0,000	4,247	(Exacto)

IC 2009

Número de casos:	1		
Tamaño de muestra:	85		
Nivel de confianza:	95,0%		
Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----		
1,176	0,030	6,381	(Exacto)

Texto previo tabla VI

Número de casos:	5		
Tamaño de muestra:	76		
Nivel de confianza:	95,0%		
Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----		
6,579	2,171	14,689	(Exacto)

Número de casos:	11		
Tamaño de muestra:	76		
Nivel de confianza:	95,0%		
Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----		
14,474	5,906	23,042	

Número de casos:	44		
Tamaño de muestra:	76		
Nivel de confianza:	95,0%		
Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----		
57,895	46,137	69,653	

Número de casos:	21		
Tamaño de muestra:	76		
Nivel de confianza:	95,0%		
Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----		
27,632	16,920	38,343	

Número de casos:	1		
Tamaño de muestra:	75		
Nivel de confianza:	95,0%		
Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----		
1,333	0,034	7,206	(Exacto)

Número de casos:	9
Tamaño de muestra:	75
Nivel de confianza:	95,0%
Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
12,000	3,979 20,021

Número de casos:	15
Tamaño de muestra:	56
Nivel de confianza:	95,0%
Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
26,786	14,294 39,277

Número de casos:	7
Tamaño de muestra:	68
Nivel de confianza:	95,0%
Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
10,294	2,336 18,252

TABLA VI**Confiar en alguien - SÍ**

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	73	1	74
	Negativo	1	0	1
	Total	74	1	75
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,9867		
2da clasificacion		0,9867		
Diferencia		0,0000		
95	% interv. de confianza:	-0,0596	hasta	0,0596

IC 2001

Número de casos: 74
 Tamaño de muestra: 75
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
98,667	92,794	99,966	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 74
 Tamaño de muestra: 75
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
98,667	92,794	99,966	(Exacto)

Confiar en alguien - NO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	1	1
	Negativo	1	73	74
	Total	1	74	75
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0133		
2da clasificacion		0,0133		
Diferencia		0,0000		
95	% interv. de confianza:	-0,0596	hasta	0,0596

IC 2001

Número de casos: 1
 Tamaño de muestra: 75
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
1,333	0,034 7,206	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 1
 Tamaño de muestra: 75
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
1,333	0,034 7,206	(Exacto)

Soledad - Muy a menudo - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	3	5	8
No	6	61	67
Total	9	66	75

Proporción (%)			
Muestra 1	10,667		
Muestra 2	12,000		
Diferencia de proporciones (%)		IC (95,0%)	
		-1,333	-9,754 7,809

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

1,0000

IC 2001

Número de casos: 8
 Tamaño de muestra: 75
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
10,667	3,014	18,319

IC 2009

Número de casos: 9
 Tamaño de muestra: 75
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
12,000	3,979	20,021

Soledad - Algunas veces - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		No	Total
Si	1	13	14
No	18	43	61
Total	19	56	75

	Proporción (%)
Muestra 1	18,667
Muestra 2	25,333

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-6,667	-21,138	7,805

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado	1	0,4725
0,5161		

IC 2001

Número de casos: 14
 Tamaño de muestra: 75
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
18,667	9,182	28,152

IC 2009

Número de casos: 19
 Tamaño de muestra: 75
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
25,333	14,824	35,843

Soledad - Casi nunca - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		No	Total
Si	37	16	53
No	10	12	22
Total	47	28	75

Proporción (%)			
Muestra 1	70,667		
Muestra 2	62,667		
Diferencia de proporciones (%)		IC (95,0%)	
	8,000	-5,202	21,202
Prueba de McNemar			
Ji-cuadrado	gl	Valor p	
0,9615	1	0,3268	

IC 2001

Número de casos: 53
 Tamaño de muestra: 75
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
70,667	59,696	81,637

IC 2009

Número de casos: 47
 Tamaño de muestra: 75
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
62,667	51,053	74,280

Ve a Familiares - No como quisiera - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		Si	No
Si	7	9	16
No	8	32	40
Total	15	41	56

Proporción (%)		IC (95,0%)	
Muestra 1	28,571		
Muestra 2	26,786		
Diferencia de proporciones (%)			
	1,786	-13,471	16,403

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

1,0000

IC 2001

Número de casos: 16
 Tamaño de muestra: 56
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
28,571	15,847	41,296

IC 2009

Número de casos: 15
 Tamaño de muestra: 56
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
26,786	14,294	39,277

Ve a Familiares - Tanto como quisiera - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	32	8	40
No	9	7	16
Total	41	15	56

	Proporción (%)
Muestra 1	71,429
Muestra 2	73,214

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-1,786	-16,403	13,471

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

1,0000

IC 2001

Número de casos: 40
 Tamaño de muestra: 56
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
71,429	58,704	84,153

IC 2009

Número de casos: 41
 Tamaño de muestra: 56
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
73,214	60,723	85,706

Ayuda externa - Sí - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

		Muestra 2	
Muestra 1	Si	No	Total
Si	57	5	62
No	4	2	6
Total	61	7	68

Proporción (%)	
Muestra 1	91,176
Muestra 2	89,706

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
1,471	-7,623	9,609

Prueba de comparación de proporciones
Valor p exacto-----
1,0000**IC 2001**

Número de casos: 62
 Tamaño de muestra: 68
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
91,176	83,700	98,653

IC 2009

Número de casos: 61
 Tamaño de muestra: 68
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
89,706	81,748	97,664

Ayuda externa - No - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
Si	No	No	Total
Si	2	4	6
No	5	57	62
Total	7	61	68

Proporción (%)	
Muestra 1	8,824
Muestra 2	10,294

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-1,471	-9,609	7,623

Prueba de comparación de proporciones
Valor p exacto-----
1,0000**IC 2001**

Número de casos: 6
 Tamaño de muestra: 68
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
8,824	1,347	16,300

IC 2009

Número de casos: 7
 Tamaño de muestra: 68
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
10,294	2,336	18,252

Tiempo cuidados externos - Ocasionalmente - Excellllllll

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	1	1
	Negativo	14	40	54
	Total	14	41	55
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0182		
2da clasificacion		0,2545		
Diferencia		-0,2364		
95	% interv. de confianza:	-0,3669	hasta	-0,1077

Prueba de comparación de proporciones - Epidat (Con 1 en lugar de 0) (total 76)

Valor p exacto

0,0010

IC 2001

Número de casos: 1
Tamaño de muestra: 55
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
1,818	0,046	9,719	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 14
Tamaño de muestra: 55
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
25,455	13,033	37,876	

Tiempo cuidados externos - Algún tiempo - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	3	4	7
No	13	35	48
Total	16	39	55

	Proporción (%)
Muestra 1	12,727
Muestra 2	29,091

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-16,364	-26,699	-0,062

Prueba de comparación de proporciones
 Valor p exacto
 0,0490

IC 2001

Número de casos: 7
 Tamaño de muestra: 55
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
12,727	3,010	22,444

IC 2009

Número de casos: 16
 Tamaño de muestra: 55
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
29,091	16,179	42,003

Tiempo cuidados externos - Indefinidamente - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

		Muestra 2	
Muestra 1	Si	No	Total
Si	23	24	47
No	2	6	8
Total	25	30	55

Proporción (%)	
Muestra 1	85,455
Muestra 2	45,455

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
40,000	25,221	54,779

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado		
16,9615	1	0,0000

IC 2001

Número de casos: 47
 Tamaño de muestra: 55
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
85,455	75,228	95,681

IC 2009

Número de casos: 25
 Tamaño de muestra: 55
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
45,455	31,386	59,523

MFAQ – Recursos económicos**Texto previo tabla VII**

Número de casos:	51	
Tamaño de muestra:	82	
Nivel de confianza:	95,0%	
Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
62,195	51,090	73,300

Número de casos:	23	
Tamaño de muestra:	82	
Nivel de confianza:	95,0%	
Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
28,049	17,716	38,382

Número de casos:	7	
Tamaño de muestra:	82	
Nivel de confianza:	95,0%	
Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
8,537	1,879	15,194

Número de casos:	3	
Tamaño de muestra:	82	
Nivel de confianza:	95,0%	
Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
3,659	0,761	10,322 (Exacto)

Número de casos:	37	
Tamaño de muestra:	70	
Nivel de confianza:	95,0%	
Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
52,857	40,449	65,265

Número de casos:	47	
Tamaño de muestra:	87	
Nivel de confianza:	95,0%	
Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
54,023	42,976	65,070

Número de casos:	66	
Tamaño de muestra:	75	
Nivel de confianza:	95,0%	
Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
88,000	79,979	96,021

Número de casos:	1	
Tamaño de muestra:	81	
Nivel de confianza:	95,0%	
Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
1,235	0,031	6,688 (Exacto)

Número de casos:	11	
Tamaño de muestra:	80	
Nivel de confianza:	95,0%	
Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
13,750	5,579	21,921

Número de casos:	18	
Tamaño de muestra:	80	
Nivel de confianza:	95,0%	
Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
22,500	12,724	32,276

Número de casos:	48	
Tamaño de muestra:	80	
Nivel de confianza:	95,0%	
Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
60,000	48,640	71,360

Número de casos:	37	
Tamaño de muestra:	80	
Nivel de confianza:	95,0%	
Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
46,250	34,699	57,801

Número de casos:	43	
Tamaño de muestra:	80	
Nivel de confianza:	95,0%	
Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
53,750	42,199	65,301

Número de casos:	29	
Tamaño de muestra:	80	
Nivel de confianza:	95,0%	
Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
36,250	25,091	47,409

Número de casos:	36
Tamaño de muestra:	80
Nivel de confianza:	95,0%
Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
45,000	33,473 56,527



TABLA VII**Economía respecto a los demás** - MEJOR - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	4	5	9
No	6	65	71
Total	10	70	80

Proporción (%)			
Muestra 1	11,250		
Muestra 2	12,500		
Diferencia de proporciones (%)		IC (95,0%)	
	-1,250	-9,144	7,321

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

1,0000

IC 2001

Número de casos: 9
 Tamaño de muestra: 80
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
11,250	3,701	18,799

IC 2009

Número de casos: 10
 Tamaño de muestra: 80
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
12,500	4,628	20,372

Economía respecto a los demás - IGUAL - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		No	Total
Si	34	21	55
No	14	11	25
Total	48	32	80

	Proporción (%)
Muestra 1	68,750
Muestra 2	60,000

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
8,750	-5,617	23,117

Prueba de McNemar		gl	Valor p
Ji-cuadrado			
1,0286		1	0,3105

IC 2001

Número de casos: 55
 Tamaño de muestra: 80
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
68,750	57,968	79,532

IC 2009

Número de casos: 48
 Tamaño de muestra: 80
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
60,000	48,640	71,360

Economía respecto a los demás - PEOR - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		No	Total
Si	6	9	15
No	12	53	65
Total	18	62	80

	Proporción (%)
Muestra 1	18,750
Muestra 2	22,500

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-3,750	-14,947	7,447

Prueba de McNemar		
Ji-cuadrado	gl	Valor p
0,1905	1	0,6625

IC 2001

Número de casos: 15
Tamaño de muestra: 80
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
18,750	9,572	27,928

IC 2009

Número de casos: 18
Tamaño de muestra: 80
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
22,500	12,724	32,276

Economía respecto a los demás – NC

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	1	1
	Negativo	4	75	79
	Total	4	76	80
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0125		
2da clasificacion		0,0500		
Diferencia		-0,0375		
95 % interv. de confianza:				
		-0,1101	hasta	0,0260

IC 2001

Número de casos: 1
 Tamaño de muestra: 80
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
1,250	0,032 6,769	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 4
 Tamaño de muestra: 80
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
5,000	1,379 12,310	(Exacto)

Ingresos cubren necesidades - MUY BIEN - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

		Muestra 2	
Muestra 1	Si	No	Total
Si	4	4	8
No	8	64	72
Total	12	68	80

	Proporción (%)
Muestra 1	10,000
Muestra 2	15,000

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-5,000	-12,023	4,534

Prueba de comparación de proporciones
Valor p exacto

0,3877

IC 2001

Número de casos: 8
Tamaño de muestra: 80
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
10,000	2,801	17,199

IC 2009

Número de casos: 12
Tamaño de muestra: 80
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
15,000	6,550	23,450

Ingresos cubren necesidades - MEDIANAMENTE - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		No	Total
Si	22	26	48
No	9	23	32
Total	31	49	80

	Proporción (%)
Muestra 1	60,000
Muestra 2	38,750

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
21,250	7,524	34,976

Prueba de McNemar		gl	Valor p
Ji-cuadrado			
7,3143	1		0,0068

IC 2001

Número de casos: 48
 Tamaño de muestra: 80
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
60,000	48,640	71,360

IC 2009

Número de casos: 31
 Tamaño de muestra: 80
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
38,750	27,449	50,051

Ingresos cubren necesidades - **ESCASAMENTE** - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

		Muestra 2	
Muestra 1	Si	No	Total
Si	18	6	24
No	19	37	56
Total	37	43	80

	Proporción (%)
Muestra 1	30,000
Muestra 2	46,250

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-16,250	-27,971	-4,529

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado	1	0,0164
5,7600		

IC 2001

Número de casos: 24
 Tamaño de muestra: 80
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
30,000	19,333	40,667

IC 2009

Número de casos: 37
 Tamaño de muestra: 80
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
46,250	34,699	57,801

Ingresos cubren necesidades – NC

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	0	0
	Negativo	0	80	80
	Total	0	80	80
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0000		
2da clasificacion		0,0000		
Diferencia		0,0000		
95 % interv. de confianza:				
		-0,0458	hasta	0,0458

IC 2001

Número de casos: 0
 Tamaño de muestra: 80
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
0,000	0,000 4,506	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 0
 Tamaño de muestra: 80
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
0,000	0,000 4,506	(Exacto)

Dinero para "extras" - SI - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	22	15	37
No	7	36	43
Total	29	51	80

Proporción (%)	
Muestra 1	46,250
Muestra 2	36,250

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
10,000	-1,280	21,280

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado		
2,2273	1	0,1356

IC 2001

Número de casos: 37
 Tamaño de muestra: 80
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
46,250	34,699	57,801

IC 2009

Número de casos: 29
 Tamaño de muestra: 80
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
36,250	25,091	47,409

Dinero para "extras" - NO - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		Si	No
Si	36	7	43
No	15	22	37
Total	51	29	80

	Proporción (%)
Muestra 1	53,750
Muestra 2	63,750

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-10,000	-21,280	1,280

Prueba de McNemar		
Ji-cuadrado	gl	Valor p
2,2273	1	0,1356

IC 2001

Número de casos: 43
 Tamaño de muestra: 80
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
53,750	42,199	65,301

IC 2009

Número de casos: 51
 Tamaño de muestra: 80
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
63,750	52,591	74,909

Dinero para "extras" - NC

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	0	0
	Negativo	0	80	80
	Total	0	80	80
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0000		
2da clasificacion		0,0000		
Diferencia		0,0000		
95	% interv. de confianza:	-0,0458	hasta	0,0458

IC 2001

Número de casos: 0
Tamaño de muestra: 80
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
0,000	0,000	4,506 (Exacto)

IC 2009

Número de casos: 0
Tamaño de muestra: 80
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
0,000	0,000	4,506 (Exacto)

Suficiente para necesidades futuras - SÍ - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	27	19	46
No	9	25	34
Total	36	44	80

Proporción (%)			
Muestra 1	57,500		
Muestra 2	45,000		
Diferencia de proporciones (%)		IC (95,0%)	
12,500		-0,171	25,171

Prueba de McNemar		gl	Valor p
Ji-cuadrado			
-----		-----	-----
2,8929		1	0,0890

IC 2001

Número de casos: 46
 Tamaño de muestra: 80
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
57,500	46,042	68,958

IC 2009

Número de casos: 36
 Tamaño de muestra: 80
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
45,000	33,473	56,527

Suficiente para necesidades futuras - NO - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		Si	No
Si	17	11	28
No	17	35	52
Total	34	46	80

Proporción (%)	
Muestra 1	35,000
Muestra 2	42,500

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-7,500	-20,359	5,359

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado	1	0,3447
0,8929		

IC 2001

Número de casos: 28
 Tamaño de muestra: 80
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
35,000	23,923	46,077

IC 2009

Número de casos: 34
 Tamaño de muestra: 80
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
42,500	31,042	53,958

Suficiente para necesidades futuras - NO - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	2	4	6
No	8	66	74
Total	10	70	80

	Proporción (%)
Muestra 1	7,500
Muestra 2	12,500

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-5,000	-12,023	4,534

Prueba de comparación de proporciones
 Valor p exacto

 0,3877

IC 2001

Número de casos: 6
 Tamaño de muestra: 80
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
7,500	1,103	13,897

IC 2009

Número de casos: 10
 Tamaño de muestra: 80
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
12,500	4,628	20,372

MFAQ – Salud mental

Texto previo tabla VIII

Número de casos:	18
Tamaño de muestra:	76
Nivel de confianza:	95,0%
Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
23,684	13,468 33,900



TABLA VIII**Pensé que no podía más** - VERDADERO - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		Si	No
Si	7	11	18
No	6	52	58
Total	13	63	76

	Proporción (%)
Muestra 1	23,684
Muestra 2	17,105

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)
6,579	-5,222 16,011

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

0,3323

IC 2001

Número de casos: 18
 Tamaño de muestra: 76
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)
23,684	13,468 33,900

IC 2009

Número de casos: 13
 Tamaño de muestra: 76
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)
17,105	7,982 26,229

Sueño irregular e intranquilo - VERDADERO - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		No	Total
Si	20	17	37
No	17	22	39
Total	37	39	76

	Proporción (%)
Muestra 1	48,684
Muestra 2	48,684

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
0,000	-15,037	15,037

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado	1	0,8638

IC 2001

Número de casos: 37
 Tamaño de muestra: 76
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
48,684	36,789	60,579

IC 2009

Número de casos: 37
 Tamaño de muestra: 76
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
48,684	36,789	60,579

Sentirse inútil - VERDADERO - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	9	14	23
No	9	44	53
Total	18	58	76

Proporción (%)	
Muestra 1	30,263
Muestra 2	23,684

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
6,579	-5,700	18,858

Prueba de McNemar		gl	Valor p
Ji-cuadrado			
0,6957		1	0,4042

IC 2001

Número de casos: 23
 Tamaño de muestra: 76
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
30,263	19,277	41,249

IC 2009

Número de casos: 18
 Tamaño de muestra: 76
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
23,684	13,468	33,900

Sentirse débil - **VERDADERO** - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

		Muestra 2	
Muestra 1	Si	No	Total
Si	13	13	26
No	8	42	50
Total	21	55	76

Proporción (%)	
Muestra 1	34,211
Muestra 2	27,632

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
6,579	-5,146	18,304

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado	1	0,3827
0,7619		

IC 2001

Número de casos: 26
 Tamaño de muestra: 76
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
34,211	22,887	45,534

IC 2009

Número de casos: 21
 Tamaño de muestra: 76
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
27,632	16,920	38,343

Mantener el equilibrio - VERDADERO - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	33	18	51
No	8	17	25
Total	41	35	76

	Proporción (%)
Muestra 1	67,105
Muestra 2	53,947

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
13,158	0,345	25,971

Prueba de McNemar		gl	Valor p
Ji-cuadrado			
3,1154		1	0,0776

IC 2001

Número de casos: 25
 Tamaño de muestra: 76
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
32,895	21,674	44,116

IC 2009

Número de casos: 35
 Tamaño de muestra: 76
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
46,053	34,189	57,917

MFAQ – Salud mental**Texto previo tabla IX**

Número de casos:	42
Tamaño de muestra:	76
Nivel de confianza:	95,0%
Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
55,263	43,427 67,100

Número de casos:	29
Tamaño de muestra:	49
Nivel de confianza:	95,0%
Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
59,184	44,402 73,966

Número de casos:	13
Tamaño de muestra:	27
Nivel de confianza:	95,0%
Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
48,148	27,449 68,847

Número de casos:	41
Tamaño de muestra:	76
Nivel de confianza:	95,0%
Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
53,947	42,083 65,811

Número de casos:	15
Tamaño de muestra:	27
Nivel de confianza:	95,0%
Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
55,556	34,961 76,150

Número de casos:	26
Tamaño de muestra:	49
Nivel de confianza:	95,0%
Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
53,061	38,067 68,055

Número de casos:	44
Tamaño de muestra:	76
Nivel de confianza:	95,0%
Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
57,895	46,137 69,653

TABLA IX**Frecuencia preocupación cosas** - MUY A MENUDO - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	26	21	47
No	16	13	29
Total	42	34	76

Proporción (%)			
Muestra 1	61,842		
Muestra 2	55,263		
Diferencia de proporciones (%)		IC (95,0%)	
	6,579	-9,038	22,196

Prueba de McNemar		
Ji-cuadrado	gl	Valor p
0,4324	1	0,5108

IC 2001

Número de casos: 47
 Tamaño de muestra: 76
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
61,842	50,263	73,421

IC 2009

Número de casos: 42
 Tamaño de muestra: 76
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
55,263	43,427	67,100

Frecuencia preocupación cosas - ALGUNAS VECES - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	6	14	20
No	17	39	56
Total	23	53	76

Proporción (%)	
Muestra 1	26,316
Muestra 2	30,263

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-3,947	-18,279	10,384

Prueba de McNemar		gl	Valor p
Ji-cuadrado			
0,1290	1		0,7194

IC 2001

Número de casos: 20
Tamaño de muestra: 76
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
26,316	15,758	36,874

IC 2009

Número de casos: 23
Tamaño de muestra: 76
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
30,263	19,277	41,249

Frecuencia preocupación cosas - CASI NUNCA - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

		Muestra 2	
Muestra 1	Si	No	Total
Si	1	8	9
No	10	57	67
Total	11	65	76

	Proporción (%)
Muestra 1	11,842
Muestra 2	14,474

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-2,632	-13,486	9,115

Prueba de comparación de proporciones
Valor p exacto

0,8145

IC 2001

Número de casos: 9
Tamaño de muestra: 76
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
11,842	3,920	19,764

IC 2009

Número de casos: 11
Tamaño de muestra: 76
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
14,474	5,906	23,042

¿Vida interesante? - Interesante - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Muestra 2		
	Si	No	Total
Si	24	13	37
No	17	22	39
Total	41	35	76

	Proporción (%)
Muestra 1	48,684
Muestra 2	53,947

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
	-5,263	-19,339 8,812

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado		
0,3000	1	0,5839

IC 2001

Número de casos: 37
 Tamaño de muestra: 76
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
48,684	36,789	60,579

IC 2009

Número de casos: 41
 Tamaño de muestra: 76
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
53,947	42,083	65,811

¿Vida interesante? - Rutinaria - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		Si	No
Si	7	15	22
No	16	38	54
Total	23	53	76

	Proporción (%)
Muestra 1	28,947
Muestra 2	30,263

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-1,316	-15,671	13,040

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado	1	1,0000
0,0000		

IC 2001

Número de casos: 22
 Tamaño de muestra: 76
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
28,947	18,093	39,801

IC 2009

Número de casos: 23
 Tamaño de muestra: 76
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
30,263	19,277	41,249

¿Vida interesante? - **Aburrida** - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

		Muestra 2	
Muestra 1	Si	No	Total
Si	6	11	17
No	4	55	59
Total	10	66	76

	Proporción (%)
Muestra 1	22,368
Muestra 2	13,158

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
9,211	-2,013	16,663

Prueba de comparación de proporciones
 Valor p exacto
 0,1185

IC 2001

Número de casos: 17
 Tamaño de muestra: 76
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
22,368	12,342	32,395

IC 2009

Número de casos: 10
 Tamaño de muestra: 76
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
13,158	4,900	21,416

¿Vida interesante? - NC

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	0	0
	Negativo	2	74	76
	Total	2	74	76
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0000		
2da clasificacion		0,0263		
Diferencia		-0,0263		

IC 2001

Número de casos: 0
Tamaño de muestra: 76
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
0,000	0,000	4,738	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 2
Tamaño de muestra: 76
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
2,632	0,320	9,185	(Exacto)

Satisfacción con la vida - Buena - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2		Total
		Si	No	
Si	29	11		40
No	15	21		36
Total	44	32		76

	Proporción (%)
Muestra 1	52,632
Muestra 2	57,895

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-5,263	-18,360	7,833

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado	1	0,5563
0,3462		

IC 2001

Número de casos: 40
 Tamaño de muestra: 76
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
52,632	40,748	64,515

IC 2009

Número de casos: 44
 Tamaño de muestra: 76
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
57,895	46,137	69,653

Satisfacción con la vida - Regular - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		No	Total
Si	14	15	29
No	14	33	47
Total	28	48	76

Proporción (%)	
Muestra 1	38,158
Muestra 2	36,842

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
1,316	-12,569	15,200

Prueba de McNemar		gl	Valor p
Ji-cuadrado			
0,0000	1	1,0000	

IC 2001

Número de casos: 29
 Tamaño de muestra: 76
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
38,158	26,579	49,737

IC 2009

Número de casos: 28
 Tamaño de muestra: 76
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
36,842	25,339	48,345

Satisfacción con la vida - Mala - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	1	6	7
No	3	66	69
Total	4	72	76

Proporción (%)			
Muestra 1	9,211		
Muestra 2	5,263		
Diferencia de proporciones (%)		IC (95,0%)	
	3,947	-4,754	10,069

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

0,5078

IC 2001

Número de casos: 7
 Tamaño de muestra: 76
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
9,211	2,051	16,370

IC 2009

Número de casos: 4
 Tamaño de muestra: 76
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
5,263	1,452	12,931 (Exacto)

Valoración salud mental - Excelente

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	1	12	13
	Negativo	0	64	64
	Total	1	76	77
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,1688		
2da clasificacion		0,0130		
Diferencia		0,1558		
95 % interv. de confianza:				
		0,0721	hasta	0,2542

IC 2001

Número de casos: 13
Tamaño de muestra: 77
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
16,883	7,867 25,900

IC 2009

Número de casos: 1
Tamaño de muestra: 77
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
1,299	0,033 7,025 (Exacto)

Valoración salud mental - Buena - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

		Muestra 2	
		Si	No
Muestra 1			Total
-----	-----	-----	-----
Si	16	17	33
No	23	21	44
-----	-----	-----	-----
Total	39	38	77

	Proporción (%)
Muestra 1	42,857
Muestra 2	50,649

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-7,792	-23,796	8,212

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado	1	0,4292
0,6250		

IC 2001

Número de casos: 33
 Tamaño de muestra: 77
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
42,857	31,154	54,560

IC 2009

Número de casos: 39
 Tamaño de muestra: 77
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
50,649	38,833	62,466

Valoración salud mental - Regular - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		No	Total
Si	6	12	18
No	26	33	59
Total	32	45	77

	Proporción (%)
Muestra 1	23,377
Muestra 2	41,558

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-18,182	-33,338	-3,026

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado	1	0,0350
4,4474		

IC 2001

Número de casos: 18
 Tamaño de muestra: 77
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
23,377	13,274	33,479

IC 2009

Número de casos: 32
 Tamaño de muestra: 77
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
41,558	29,901	53,215

Valoración salud mental - Mala - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	2	11	13
No	3	61	64
Total	5	72	77

	Proporción (%)
Muestra 1	16,883
Muestra 2	6,494

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
	-0,290	16,488

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

0,0574

IC 2001

Número de casos: 13
 Tamaño de muestra: 77
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
16,883	7,867	25,900

IC 2009

Número de casos: 5
 Tamaño de muestra: 77
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
6,494	2,142	14,507 (Exacto)

MFAQ – Salud física

Cuidados médicos

Número de casos:	34		
Tamaño de muestra:	38		
Nivel de confianza:	95,0%		
Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----		
89,474	75,195	97,057	(Exacto)

Número de casos:	31		
Tamaño de muestra:	38		
Nivel de confianza:	95,0%		
Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----		
81,579	67,938	95,220	

Número de casos:	9		
Tamaño de muestra:	71		
Nivel de confianza:	95,0%		
Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----		
12,676	4,233	21,119	

Número de casos:	6		
Tamaño de muestra:	71		
Nivel de confianza:	95,0%		
Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----		
8,451	1,277	15,625	

Número de casos:	4
Tamaño de muestra:	40
Nivel de confianza:	95,0%
Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
10,000	2,793 23,664 (Exacto)

Número de casos:	2
Tamaño de muestra:	40
Nivel de confianza:	95,0%
Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
5,000	0,611 16,920 (Exacto)

Diferencias de los que no estuvieron enfermos

Nivel de confianza: 95,0%

		Muestra 2	
Muestra 1	Si	No	Total
-----	-----	-----	-----
Si	55	16	71
No	6	3	9
-----	-----	-----	-----
Total	61	19	80

Proporción (%)

Muestra 1 88,750
Muestra 2 76,250

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)
-----	-----
12,500	1,340 23,660

Prueba de McNemar		
Ji-cuadrado	gl	Valor p
-----	-----	-----
3,6818	1	0,0550

Diferencias de los que estuvieron enfermos (1-6 meses)

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	1	1
	Negativo	11	68	79
	Total	11	69	80
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0125		
2da clasificacion		0,1375		
Diferencia		-0,1250		
	95	% interv. de confianza:	-0,2182	hasta -0,0426

Número de casos: 8
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
10,127	2,841	17,412

Número de casos: 3
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
3,797	0,790	10,699	(Exacto)

Enfermedades y medicación - Introducción

Número de casos:	63
Tamaño de muestra:	81
Nivel de confianza:	95,0%
Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
77,778	68,107 87,449

Número de casos:	73
Tamaño de muestra:	81
Nivel de confianza:	95,0%
Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
90,123	83,009 97,238

Receta medicamento en el último mes

Nivel de confianza: 95,0%

		Muestra 2	
Muestra 1	Si	No	Total
-----	-----	-----	-----
Si	61	2	63
No	12	6	18
-----	-----	-----	-----
Total	73	8	81

Proporción (%)	
-----	-----
Muestra 1	77,778
Muestra 2	90,123
Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)
-----	-----
-12,346	-16,669 -2,484

Prueba de comparación de proporciones
 Valor p exacto

 0,0129

Número de casos:	29
Tamaño de muestra:	81
Nivel de confianza:	95,0%
Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
35,802	24,745 46,860

Número de casos:	50
Tamaño de muestra:	81
Nivel de confianza:	95,0%
Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
61,728	50,526 72,931

Ancianos con más de 2 medicamentos

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
-----	-----	-----	-----
Si	24	5	29
No	26	26	52
-----	-----	-----	-----
Total	50	31	81

Proporción (%)

Muestra 1 35,802
Muestra 2 61,728

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)
-----	-----
-25,926	-38,158 -13,694

Prueba de McNemar	
Ji-cuadrado	gl Valor p
-----	-----
12,9032	1 0,0003

TABLA X- Enfermedades y medicación.**Artrosis** - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	8	7	15
No	22	44	66
Total	30	51	81

Proporción (%)	
Muestra 1	18,519
Muestra 2	37,037

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-18,519	-30,909	-6,128

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado	1	0,0093
6,7586		

IC 2001

Número de casos: 15
 Tamaño de muestra: 81
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
18,519	9,442	27,595

IC 2009

Número de casos: 30
 Tamaño de muestra: 81
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
37,037	25,903	48,171

Dolor - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		Si	No
Si	6	6	12
No	17	52	69
Total	23	58	81

Proporción (%)	
Muestra 1	14,815
Muestra 2	28,395

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-13,580	-24,802	-2,359

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado	1	0,0371
4,3478		

IC 2001

Número de casos: 12
 Tamaño de muestra: 81
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
14,815	6,461	23,168

IC 2009

Número de casos: 23
 Tamaño de muestra: 81
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
28,395	17,958	38,832

HTA - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		No	Total
Si	18	9	27
No	27	27	54
Total	45	36	81

	Proporción (%)
Muestra 1	33,333
Muestra 2	55,556

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-22,222	-35,910	-8,534

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado	1	0,0046
8,0278		

IC 2001

Número de casos: 27
 Tamaño de muestra: 81
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
33,333	22,450	44,217

IC 2009

Número de casos: 45
 Tamaño de muestra: 81
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
55,556	44,117	66,994

Bronquitis - Asma

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	8	8
	Negativo	5	68	73
	Total	5	76	81
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0988		
2da clasificacion		0,0617		
Diferencia		0,0370		
	95 % interv. de confianza:	-0,0551	hasta	0,1310

IC 2001

Número de casos: 8
Tamaño de muestra: 81
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
9,877	2,762 16,991

IC 2009

Número de casos: 5
Tamaño de muestra: 81
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
6,173	2,034 13,820 (Exacto)

IC - Arritmias - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	4	7	11
No	9	61	70
Total	13	68	81

	Proporción (%)
Muestra 1	13,580
Muestra 2	16,049

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-2,469	-11,949	7,950

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

0,8036

IC 2001

Número de casos: 11
 Tamaño de muestra: 81
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
13,580	5,502	21,658

IC 2009

Número de casos: 13
 Tamaño de muestra: 81
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
16,049	7,438	24,660

Cardiopatía

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	6	6
	Negativo	6	69	75
	Total	6	75	81
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0741		
2da clasificacion		0,0741		
Diferencia		0,0000		
95 % interv. de confianza:				
		-0,0905	hasta	0,0905

IC 2001

Número de casos: 6
Tamaño de muestra: 81
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
7,407	1,087 13,728

IC 2009

Número de casos: 6
Tamaño de muestra: 81
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
7,407	1,087 13,728

Anticoagulantes orales - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

		Muestra 2	
Muestra 1	Si	No	Total
Si	7	3	10
No	16	55	71
Total	23	58	81

	Proporción (%)
Muestra 1	12,346
Muestra 2	28,395

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-16,049	-21,870	-4,889

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

0,0044

IC 2001

Número de casos: 10
 Tamaño de muestra: 81
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
12,346	4,564	20,127

IC 2009

Número de casos: 23
 Tamaño de muestra: 81
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
28,395	17,958	38,832

Circulación - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	10	11	21
No	19	41	60
Total	29	52	81

Proporción (%)	
Muestra 1	25,926
Muestra 2	35,802

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-9,877	-22,954	3,201

Prueba de McNemar		gl	Valor p
Ji-cuadrado			
1,6333	1		0,2012

IC 2001

Número de casos: 21
 Tamaño de muestra: 81
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
25,926	15,765	36,087

IC 2009

Número de casos: 29
 Tamaño de muestra: 81
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
35,802	24,745	46,860

Diabetes (inyectables)

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	4	4
	Negativo	4	73	77
	Total	4	77	81
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0494		
2da clasificacion		0,0494		
Diferencia		0,0000		
95 % interv. de confianza:				
		-0,0783	hasta	0,0783

IC 2001

Número de casos: 4
Tamaño de muestra: 81
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
4,938	1,362	12,164	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 4
Tamaño de muestra: 81
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
4,938	1,362	12,164	(Exacto)

Diabetes (orales) - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	1	3	4
No	8	69	77
Total	9	72	81

	Proporción (%)
Muestra 1	4,938
Muestra 2	11,111

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-6,173	-11,945	2,981

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

0,2266

IC 2001

Número de casos: 4
 Tamaño de muestra: 81
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
4,938	1,362	12,164 (Exacto)

IC 2009

Número de casos: 9
 Tamaño de muestra: 81
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
11,111	3,650	18,572

Estómago - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		Si	No
Si	3	4	7
No	18	56	74
Total	21	60	81

	Proporción (%)
Muestra 1	8,642
Muestra 2	25,926

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-17,284	-27,991	-6,577

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado	1	0,0056
7,6818		

IC 2001

Número de casos: 7
 Tamaño de muestra: 81
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
8,642	1,906	15,378

IC 2009

Número de casos: 21
 Tamaño de muestra: 81
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
25,926	15,765	36,087

Estreñimiento

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	6	6
	Negativo	3	71	74
	Total	3	77	80
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0750		
2da clasificacion		0,0375		
Diferencia		0,0375		
95 % interv. de confianza:				
		-0,0426	hasta	0,1217

IC 2001

Número de casos: 6
 Tamaño de muestra: 80
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
7,500	1,103 13,897

IC 2009

Número de casos: 3
 Tamaño de muestra: 80
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
3,750	0,780 10,570 (Exacto)

Parkinson

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	0	0
	Negativo	0	80	80
	Total	0	80	80
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0000		
2da clasificacion		0,0000		
Diferencia		0,0000		
95 % interv. de confianza:				
		-0,0458	hasta	0,0458

IC 2001

Número de casos: 0
Tamaño de muestra: 81
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
0,000	0,000	4,452	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 0
Tamaño de muestra: 81
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
0,000	0,000	4,452	(Exacto)

Próstata y menopausia - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		No	Total
Si	4	4	8
No	10	63	73
Total	14	67	81

	Proporción (%)
Muestra 1	9,877
Muestra 2	17,284

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-7,407	-14,384	2,801

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

0,1796

IC 2001

Número de casos: 8
 Tamaño de muestra: 81
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
9,877	2,762	16,991

IC 2009

Número de casos: 14
 Tamaño de muestra: 81

Proporción (%)	IC (95,0%)	
17,284	8,432	26,135

Antibióticos - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	1	3	4
No	1	76	77
Total	2	79	81

	Proporción (%)
Muestra 1	4,938
Muestra 2	2,469

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
2,469	-3,021	4,876

Prueba de comparación de proporciones
Valor p exacto

0,6250

IC 2001

Número de casos: 4
 Tamaño de muestra: 81
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
4,938	1,362	12,164 (Exacto)

IC 2009

Número de casos: 2
 Tamaño de muestra: 81
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
2,469	0,300	8,636 (Exacto)

Nervios - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		Si	No
Si	9	8	17
No	10	54	64
Total	19	62	81

	Proporción (%)
Muestra 1	20,988
Muestra 2	23,457

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-2,469	-12,653	8,552

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

0,8145

IC 2001

Número de casos: 17
 Tamaño de muestra: 81
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
20,988	11,502	30,473

IC 2009

Número de casos: 19
 Tamaño de muestra: 81
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
23,457	13,612	33,302

Dormir - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		No	Total
Si	8	3	11
No	15	55	70
Total	23	58	81

	Proporción (%)
Muestra 1	13,580
Muestra 2	28,395

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-14,815	-20,632	-3,814

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

0,0075

IC 2001

Número de casos: 11
 Tamaño de muestra: 81
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
13,580	5,502	21,658

IC 2009

Número de casos: 23
 Tamaño de muestra: 81
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
28,395	17,958	38,832

Oftalmológicos - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		No	Total
Si	2	9	11
No	5	64	69
Total	7	73	80

	Proporción (%)
Muestra 1	13,750
Muestra 2	8,750

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
5,000	-5,202	13,034

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

0,4240

IC 2001

Número de casos: 11
 Tamaño de muestra: 80
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
13,750	5,579	21,921

IC 2009

Número de casos: 7
 Tamaño de muestra: 80
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
8,750	1,933	15,567

MFAQ – Salud física. Enfermedades y medicación**Texto previo Ilustración 14**

Número de casos:	6
Tamaño de muestra:	87
Nivel de confianza:	95,0%
Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
6,897	0,997 12,796

Número de casos:	1
Tamaño de muestra:	79
Nivel de confianza:	95,0%
Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
1,266	0,032 6,852 (Exacto)

ANEXO 9 Interferencia de enfermedad en vida cotidiana**REUMATISMO** – NO se padece – Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

		Muestra 2	
Muestra 1	Si	No	Total
Si	17	19	36
No	11	32	43
Total	28	51	79

	Proporción (%)
Muestra 1	45,570
Muestra 2	35,443

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
10,127	-3,278	23,531

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado	1	0,2012
1,6333		

IC 2001

Número de casos: 36
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
45,570	33,954	57,185

IC 2009

Número de casos: 28
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
35,443	24,262	46,624

REUMATISMO – No interfiere nada

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	2	2
	Negativo	3	74	77
	Total	3	76	79
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0253		
2da clasificacion		0,0380		
Diferencia		-0,0127		
95 % interv. de confianza:				
		-0,0835	hasta	0,0553

IC 2001

Número de casos: 2
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
2,532	0,308	8,848	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 3
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
3,797	0,790	10,699	(Exacto)

REUMATISMO - **Interfiere poco** - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		Si	No
Si	3	12	15
No	12	52	64
Total	15	64	79

	Proporción (%)
Muestra 1	18,987
Muestra 2	18,987

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
0,000	-12,154	12,154

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado	1	0,8383
0,0417		

IC 2001

Número de casos: 15
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
18,987	9,706	28,269

IC 2009

Número de casos: 15
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
18,987	9,706	28,269

REUMATISMO - Interfiere mucho - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	14	12	26
No	19	34	53
Total	33	46	79

Proporción (%)	
Muestra 1	32,911
Muestra 2	41,772

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-8,861	-22,535	4,814

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado		
1,1613	1	0,2812

IC 2001

Número de casos: 26
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
32,911	21,917	43,906

IC 2009

Número de casos: 33
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
41,772	30,264	53,280

GLAUCOMA, CATARATAS - NO se padece - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	30	32	62
No	7	10	17
Total	37	42	79

Proporción (%)	
Muestra 1	78,481
Muestra 2	46,835

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
31,646	17,812	45,479

Prueba de McNemar		gl	Valor p
Ji-cuadrado			
14,7692		1	0,0001

IC 2001

Número de casos: 62
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
78,481	68,786	88,176

IC 2009

Número de casos: 37
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
46,835	35,199	58,472

GLAUCOMA, CATARATAS – No interfiere nada

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	3	3
	Negativo	13	63	76
	Total	13	66	79
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0380		
2da clasificacion		0,1646		
Diferencia		-0,1266		
95 % interv. de confianza:				
		-0,2288	hasta	-0,0280

IC 2001

Número de casos: 3
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
3,797	0,790 10,699 (Exacto)

IC 2009

Número de casos: 13
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
16,456	7,647 25,265

GLAUCOMA, CATARATAS - Interfiere POCO - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		Si	No
Si	4	5	9
No	15	55	70
Total	19	60	79

	Proporción (%)
Muestra 1	11,392
Muestra 2	24,051

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-12,658	-23,397	-1,920

Prueba de McNemar		
Ji-cuadrado	gl	Valor p
4,0500	1	0,0442

IC 2001

Número de casos: 9
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
11,392	3,753	19,031

IC 2009

Número de casos: 19
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
24,051	13,993	34,108

GLAUCOMA, CATARATAS - Interfiere MUCHO - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	1	4	5
No	9	65	74
Total	10	69	79

Proporción (%)	
Muestra 1	6,329
Muestra 2	12,658

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-6,329	-13,463	3,761

Prueba de comparación de proporciones
Valor p exacto

0,2668

IC 2001

Número de casos: 5
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
6,329	2,087	14,155 (Exacto)

IC 2009

Número de casos: 10
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
12,658	4,693	20,623

ASMA, EPOC, BRONQUITIS – NO se padece

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	63	9	72
	Negativo	7	0	7
	Total	70	9	79
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,9114		
2da clasificacion		0,8861		
Diferencia		0,0253		
95 % interv. de confianza:				
		-0,0781	hasta	0,1291

IC 2001

Número de casos: 72
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
91,139	84,240 98,039

IC 2009

Número de casos: 70
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
88,608	80,969 96,247

ASMA, EPOC, BRONQUITIS - No interfiere nada

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	3	3
	Negativo	4	72	76
	Total	4	75	79
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0380		
2da clasificacion		0,0506		
Diferencia		-0,0127		
95 % interv. de confianza:				
		-0,0904	hasta	0,0631

IC 2001

Número de casos: 3
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
3,797	0,790	10,699	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 4
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
5,063	1,397	12,459	(Exacto)

ASMA, EPOC, BRONQUITIS - Interfiere POCO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	1	1
	Negativo	3	75	78
	Total	3	76	79
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0127		
2da clasificacion		0,0380		
Diferencia		-0,0253		
95 % interv. de confianza:				
		-0,0942	hasta	0,0362

IC 2001

Número de casos: 1
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
1,266	0,032	6,852	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 3
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
3,797	0,790	10,699	(Exacto)

ASMA, EPOC, BRONQUITIS - Interfiere MUCHO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	3	3
	Negativo	2	74	76
	Total	2	77	79
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0380		
2da clasificacion		0,0253		
Diferencia		0,0127		
	95	% interv. de confianza:	-0,0553	hasta 0,0835

IC 2001

Número de casos: 3
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
3,797	0,790	10,699	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 2
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
2,532	0,308	8,848	(Exacto)

HIPERTENSIÓN ARTERIAL – **NO** – Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Muestra 2		
	Si	No	Total
Si	29	23	52
No	12	14	26
Total	41	37	78

	Proporción (%)
Muestra 1	66,667
Muestra 2	52,564

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
14,103	-0,430	28,635

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado		
2,8571	1	0,0910

IC 2001

Número de casos: 52
 Tamaño de muestra: 78
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
66,667	55,564	77,769

IC 2009

Número de casos: 41
 Tamaño de muestra: 78
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
52,564	40,842	64,287

HIPERTENSIÓN ARTERIAL - **No interfiere NADA** - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	2	7	9
No	6	63	69
Total	8	70	78

	Proporción (%)
Muestra 1	11,538
Muestra 2	10,256

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
1,282	-8,288	10,259

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

1,0000

IC 2001

Número de casos: 9
 Tamaño de muestra: 78
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
11,538	3,807	19,270

IC 2009

Número de casos: 8
 Tamaño de muestra: 78
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
10,256	2,883	17,630

HIPERTENSIÓN ARTERIAL - Interfiere POCO - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		No	Total
Si	1	7	8
No	23	47	70
Total	24	54	78

Proporción (%)	
Muestra 1	10,256
Muestra 2	30,769

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-20,513	-33,501	-7,524

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado	1	0,0062
7,5000		

IC 2001

Número de casos: 8
 Tamaño de muestra: 78
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
10,256	2,883	17,630

IC 2009

Número de casos: 24
 Tamaño de muestra: 78
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
30,769	19,886	41,653

HIPERTENSIÓN ARTERIAL - Interfiere MUCHO - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	1	8	9
No	4	65	69
Total	5	73	78

	Proporción (%)
Muestra 1	11,538
Muestra 2	6,410

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
5,128	-4,650	12,331

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

0,3877

IC 2001

Número de casos: 9
 Tamaño de muestra: 78
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
11,538	3,807	19,270

IC 2009

Número de casos: 5
 Tamaño de muestra: 78
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
6,410	2,114	14,329 (Exacto)

TEMBLOR, PARKINSON – NO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	67	5	72
	Negativo	6	0	6
	Total	73	5	78
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,9231		
2da clasificacion		0,9359		
Diferencia		-0,0128		
95 % interv. de confianza:				
		-0,1040	hasta	0,0775

IC 2001

Número de casos: 72
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
92,308	85,753	98,862

IC 2009

Número de casos: 73
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
93,590	85,671	97,886	(Exacto)

TEMBLOR, PARKINSON – No interfiere NADA

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	0	0
	Negativo	3	75	78
	Total	3	75	78
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0000		
2da clasificacion		0,0385		
Diferencia		-0,0385		

IC 2001

Número de casos: 0
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
0,000	0,000 4,619 (Exacto)

IC 2009

Número de casos: 3
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
3,846	0,800 10,831 (Exacto)

TEMBLOR, PARKINSON – Interfiere POCO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	5	5
	Negativo	1	72	73
	Total	1	77	78
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0641		
2da clasificacion		0,0128		
Diferencia		0,0513		
95	% interv. de confianza:	-0,0167	hasta	0,1296

IC 2001

Número de casos: 5
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
6,410	2,114	14,329	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 1
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
1,282	0,032	6,937	(Exacto)

TEMBLOR, PARKINSON – Interfiere MUCHO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	1	1
	Negativo	1	76	77
	Total	1	77	78
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0128		
2da clasificacion		0,0128		
Diferencia		0,0000		
95 % interv. de confianza:				
		-0,0574	hasta	0,0574

IC 2001

Número de casos: 1
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
1,282	0,032 6,937	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 1
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
1,282	0,032 6,937	(Exacto)

ENFERMEDAD CORONARIA – NO – Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

		Muestra 2	
Muestra 1	Si	No	Total
Si	61	7	68
No	3	6	9
Total	64	13	77

Proporción (%)		IC (95,0%)	
Muestra 1	88,312		
Muestra 2	83,117		
Diferencia de proporciones (%)			
	5,195	-3,960	11,254

Prueba de comparación de proporciones
 Valor p exacto
 0,3438

IC 2001

Número de casos: 68
 Tamaño de muestra: 77
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
88,312	80,486	96,137

IC 2009

Número de casos: 64
 Tamaño de muestra: 77
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
83,117	74,100	92,133

ENFERMEDAD CORONARIA – No interfiere NADA

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	1	1
	Negativo	6	70	76
	Total	6	71	77
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0130		
2da clasificacion		0,0779		
Diferencia		-0,0649		
95	% interv. de confianza:	-0,1478	hasta	0,0068

IC 2001

Número de casos: 1
Tamaño de muestra: 77
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
1,299	0,033 7,025	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 6
Tamaño de muestra: 77
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
7,792	1,156 14,429	

ENFERMEDAD CORONARIA - Interfiere POCO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	2	2
	Negativo	5	70	75
	Total	5	72	77
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0260		
2da clasificacion		0,0649		
Diferencia		-0,0390		
95 % interv. de confianza:				
		-0,1202	hasta	0,0362

IC 2001

Número de casos: 2
Tamaño de muestra: 77
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
2,597	0,316	9,070	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 5
Tamaño de muestra: 77
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
6,494	2,142	14,507	(Exacto)

ENFERMEDAD CORONARIA - Interfiere MUCHO - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		No	Total
Si	1	5	6
No	1	70	71
Total	2	75	77

	Proporción (%)
Muestra 1	7,792
Muestra 2	2,597

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
5,195	-2,201	7,727

Prueba de comparación de proporciones
Valor p exacto

0,2188

IC 2001

Número de casos: 6
Tamaño de muestra: 77
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
7,792	1,156	14,429

IC 2009

Número de casos: 2
Tamaño de muestra: 77
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
2,597	0,316	9,070 (Exacto)

INSF.CARDIACA, ARRITMIA - NO - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	55	6	61
No	10	7	17
Total	65	13	78

	Proporción (%)
Muestra 1	78,205
Muestra 2	83,333

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-5,128	-14,278	5,976

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

0,4545

IC 2001

Número de casos: 61
 Tamaño de muestra: 78
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
78,205	68,402	88,008

IC 2009

Número de casos: 65
 Tamaño de muestra: 78
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
83,333	74,422	92,245

INSF.CARDIACA, ARRITMIA - No interfiere NADA

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	2	2
	Negativo	5	71	76
	Total	5	73	78
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0256		
2da clasificacion		0,0641		
Diferencia		-0,0385		
95 % interv. de confianza:				
		-0,1188	hasta	0,0357

IC 2001

Número de casos: 2
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
2,564	0,312 8,957	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 5
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
6,410	2,114 14,329	(Exacto)

INSF.CARDIACA, ARRITMIA - Interfiere POCO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	8	8
	Negativo	4	66	70
	Total	4	74	78
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,1026		
2da clasificacion		0,0513		
Diferencia		0,0513		
95 % interv. de confianza:				
		-0,0404	hasta	0,1460

IC 2001

Número de casos: 8
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
10,256	2,883 17,630

IC 2009

Número de casos: 4
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
5,128	1,415 12,613 (Exacto)

INSF.CARDIACA, ARRITMIA - Interfiere MUCHO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	4	3	7
	Negativo	0	71	71
	Total	4	74	78
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0897		
2da clasificacion		0,0513		
Diferencia		0,0385		
95 % interv. de confianza:				
		-0,0179	hasta	0,1070

IC 2001

Número de casos: 7
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
8,974	1,990	15,958

IC 2009

Número de casos: 4
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
5,128	1,415	12,613	(Exacto)

PROBLEMAS CIRCULACIÓN – NO – Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		No	Total
Si	28	21	49
No	12	17	29
Total	40	38	78

Proporción (%)	
Muestra 1	62,821
Muestra 2	51,282

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
11,538	-2,667	25,744

Prueba de McNemar		gl	Valor p
Ji-cuadrado			
1,9394		1	0,1637

IC 2001

Número de casos: 49
 Tamaño de muestra: 78
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
62,821	51,454	74,187

IC 2009

Número de casos: 40
 Tamaño de muestra: 78
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
51,282	39,549	63,016

PROBLEMAS CIRCULACIÓN – No interfiere NADA

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	4	4
	Negativo	7	67	74
	Total	7	71	78
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0513		
2da clasificacion		0,0897		
Diferencia		-0,0385		
95 % interv. de confianza:				
		-0,1303	hasta	0,0506

IC 2001

Número de casos: 4
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
5,128	1,415	12,613	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 7
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
8,974	1,990	15,958	

PROBLEMAS CIRCULACIÓN - **Interfiere POCO** - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	9	5	14
No	13	51	64
Total	22	56	78

	Proporción (%)
Muestra 1	17,949
Muestra 2	28,205

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-10,256	-18,602	1,606

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

0,0963

IC 2001

Número de casos: 14
 Tamaño de muestra: 78
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
17,949	8,791	27,106

IC 2009

Número de casos: 22
 Tamaño de muestra: 78
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
28,205	17,578	38,833

PROBLEMAS CIRCULACIÓN - Interfiere MUCHO - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

		Muestra 2	
Muestra 1	Si	No	Total
Si	2	9	11
No	7	60	67
Total	9	69	78

	Proporción (%)
Muestra 1	14,103
Muestra 2	11,538

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
2,564	-8,255	12,409

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

0,8036

IC 2001

Número de casos: 11
 Tamaño de muestra: 78
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
14,103	5,738	22,468

IC 2009

Número de casos: 9
 Tamaño de muestra: 78
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
11,538	3,807	19,270

DIABETES - **NO** - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	59	8	67
No	5	6	11
Total	64	14	78

Proporción (%)	
Muestra 1	85,897
Muestra 2	82,051

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
3,846	-6,141	12,047

Prueba de comparación de proporciones
 Valor p exacto
 0,5811

IC 2001

Número de casos: 67
 Tamaño de muestra: 78
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
85,897	77,532	94,262

IC 2009

Número de casos: 64
 Tamaño de muestra: 78
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
82,051	72,894	91,209

DIABETES - No interfiere NADA

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	4	4
	Negativo	6	68	74
	Total	6	72	78
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0513		
2da clasificacion		0,0769		
Diferencia		-0,0256		
95 % interv. de confianza:				
		-0,1143	hasta	0,0608

IC 2001

Número de casos: 4
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
5,128	1,415	12,613	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 6
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
7,692	1,138	14,247	

DIABETES - **Interfiere POCO** - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		Si	No
Si	1	3	4
No	3	71	74
Total	4	74	78

	Proporción (%)
Muestra 1	5,128
Muestra 2	5,128

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
0,000	-5,875	5,875

Prueba de comparación de proporciones
 Valor p exacto
 1,0000

IC 2001

Número de casos: 4
 Tamaño de muestra: 78
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
5,128	1,415	12,613 (Exacto)

IC 2009

Número de casos: 4
 Tamaño de muestra: 78
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
5,128	1,415	12,613 (Exacto)

DIABETES - Interfiere MUCHO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	3	3
	Negativo	4	71	75
	Total	4	74	78
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0385		
2da clasificacion		0,0513		
Diferencia		-0,0128		
95 % interv. de confianza:				
		-0,0915	hasta	0,0639

IC 2001

Número de casos: 3
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
3,846	0,800	10,831	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 4
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
5,128	1,415	12,613	(Exacto)

ÚLCERA ESTÓMAGO, DOUDENO, ASTRITIS – NO – Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	56	11	67
No	7	4	11
Total	63	15	78

	Proporción (%)
Muestra 1	85,897
Muestra 2	80,769

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
5,128	-6,579	15,093

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

0,4807

IC 2001

Número de casos: 67
 Tamaño de muestra: 78
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
85,897	77,532	94,262

IC 2009

Número de casos: 63
 Tamaño de muestra: 78
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
80,769	71,382	90,157

ÚLCERA ESTÓMAGO, DOUDENO, ASTRITIS –No interfiere NADA

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	1	0	1
	Negativo	5	72	77
	Total	6	72	78
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0128		
2da clasificacion		0,0769		
Diferencia		-0,0641		
95 % interv. de confianza:				
		-0,1438	hasta	-0,0007

IC 2001

Número de casos: 1
 Tamaño de muestra: 78
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
1,282	0,032 6,937 (Exacto)

IC 2009

Número de casos: 6
 Tamaño de muestra: 78
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
7,692	1,138 14,247

ÚLCERA ESTÓMAGO, DOUDENO, ASTRITIS - Interfiere**POCO**

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	7	7
	Negativo	4	67	71
	Total	4	74	78
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0897		
2da clasificacion		0,0513		
Diferencia		0,0385		
95	% interv. de confianza:	-0,0506	hasta	0,1303

IC 2001

Número de casos: 7
 Tamaño de muestra: 78
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
8,974	1,990	15,958

IC 2009

Número de casos: 4
 Tamaño de muestra: 78
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
5,128	1,415	12,613	(Exacto)

ÚLCERA ESTÓMAGO, DOUDENO, ASTRITIS - InterfiereMUCHO - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

		Muestra 2	
Muestra 1	Si	No	Total
Si	1	2	3
No	4	71	75
Total	5	73	78

	Proporción (%)
Muestra 1	3,846
Muestra 2	6,410

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-2,564	-7,027	4,265

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

0,6875

IC 2001

Número de casos: 3
 Tamaño de muestra: 78
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
3,846	0,800	10,831 (Exacto)

IC 2009

Número de casos: 5
 Tamaño de muestra: 78
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
6,410	2,114	14,329 (Exacto)

ESTREÑIMIENTO, HEMORROIDE, FISURAS – NO – Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	60	4	64
No	13	1	14
Total	73	5	78

	Proporción (%)
Muestra 1	82,051
Muestra 2	93,590

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-11,538	-18,826	-0,044

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

0,0490

IC 2001

Número de casos: 64
 Tamaño de muestra: 78
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
82,051	72,894	91,209

IC 2009

Número de casos: 73
 Tamaño de muestra: 78
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
93,590	85,671	97,886 (Exacto)

ESTREÑIMIENTO, HEMORROIDE, FISURAS –No interfiere NADA

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	1	0	1
	Negativo	0	77	77
	Total	1	77	78
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0128		
2da clasificacion		0,0128		
Diferencia		0,0000		
95	% interv. de confianza:	-0,0519	hasta	0,0519

IC 2001

Número de casos: 1
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
1,282	0,032	6,937	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 1
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
1,282	0,032	6,937	(Exacto)

ESTREÑIMIENTO, HEMORROIDE, FISURAS - InterfierePOCO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	5	5
	Negativo	3	70	73
	Total	3	75	78
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0641		
2da clasificacion		0,0385		
Diferencia		0,0256		
95 % interv. de confianza:				
		-0,0537	hasta	0,1083

IC 2001

Número de casos: 5
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
6,410	2,114	14,329	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 3
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
3,846	0,800	10,831	(Exacto)

ESTREÑIMIENTO, HEMORROIDE, FISURAS - InterfiereMUCHO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	8	8
	Negativo	1	69	70
	Total	1	77	78
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,1026		
2da clasificacion		0,0128		
Diferencia		0,0897		
95	% interv. de confianza:	0,0133	hasta	0,1778

IC 2001

Número de casos: 8
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
10,256	2,883	17,630

IC 2009

Número de casos: 1
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
1,282	0,032	6,937	(Exacto)

HEPATITIS, CIRROSIS – NO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	76	1	77
	Negativo	1	0	1
	Total	77	1	78
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,9872		
2da clasificacion		0,9872		
Diferencia		0,0000		
	95 % interv. de confianza:	-0,0574	hasta	0,0574

IC 2001

Número de casos: 77
 Tamaño de muestra: 78
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
98,718	93,063	99,968	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 77
 Tamaño de muestra: 78
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
98,718	93,063	99,968	(Exacto)

HEPATITIS, CIRROSIS - No interfiere NADA

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	0	0
	Negativo	0	78	78
	Total	0	78	78
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0000		
2da clasificacion		0,0000		
Diferencia		0,0000		
95 % interv. de confianza:				
		-0,0469	hasta	0,0469

IC 2001

Número de casos: 0
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
0,000	0,000	4,619	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 0
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
0,000	0,000	4,619	(Exacto)

HEPATITIS, CIRROSIS - Interfiere POCO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	0	0
	Negativo	1	77	78
	Total	1	77	78
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0000		
2da clasificacion		0,0128		
Diferencia		-0,0128		

IC 2001

Número de casos: 0
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
0,000	0,000	4,619	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 1
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
1,282	0,032	6,937	(Exacto)

HEPATITIS, CIRROSIS - Interfiere MUCHO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	1	1
	Negativo	0	77	77
	Total	0	78	78
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0128		
2da clasificacion		0,0000		
Diferencia		0,0128		
95	% interv. de confianza:	-0,0353	hasta	0,0691

IC 2001

Número de casos: 1
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
1,282	0,032	6,937	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 0
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
0,000	0,000	4,619	(Exacto)

Enfermedad RENAL – NO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	73	3	76
	Negativo	1	0	1
	Total	74	3	77
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,9870		
2da clasificacion		0,9610		
Diferencia		0,0260		
	95	% interv. de confianza:	-0,0370	hasta 0,0965

IC 2001

Número de casos: 76
 Tamaño de muestra: 77
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
98,701	92,975 99,967	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 74
 Tamaño de muestra: 77
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
96,104	89,033 99,189	(Exacto)

Enfermedad RENAL – **No interfiere NADA**

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	0	0
	Negativo	0	77	77
	Total	0	77	77
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0000		
2da clasificacion		0,0000		
Diferencia		0,0000		
95	% interv. de confianza:	-0,0475	hasta	0,0475

IC 2001

Número de casos: 0
Tamaño de muestra: 77
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
0,000	0,000 4,678	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 0
Tamaño de muestra: 77
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
0,000	0,000 4,678	(Exacto)

Enfermedad RENAL – **Interfiere POCO**

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	0	0
	Negativo	2	75	77
	Total	2	75	77
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0000		
2da clasificacion		0,0260		
Diferencia		-0,0260		

IC 2001

Número de casos: 0
Tamaño de muestra: 77
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
0,000	0,000 4,678	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 2
Tamaño de muestra: 77
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
2,597	0,316 9,070	(Exacto)

Enfermedad RENAL - **Interfiere MUCHO**

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	1	1
	Negativo	1	75	76
	Total	1	76	77
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0130		
2da clasificacion		0,0130		
Diferencia		0,0000		
95	% interv. de confianza:	-0,0581	hasta	0,0581

IC 2001

Número de casos: 1
Tamaño de muestra: 77
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
1,299	0,033 7,025	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 1
Tamaño de muestra: 77
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
1,299	0,033 7,025	(Exacto)

PRÓSTATA, CISTITIS, INFECCIÓN ORINA – NO – Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		No	Total
Si	56	14	70
No	6	2	8
Total	62	16	78

	Proporción (%)
Muestra 1	89,744
Muestra 2	79,487

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
10,256	-0,748	21,261

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado	1	0,1175
2,4500		

IC 2001

Número de casos: 70
 Tamaño de muestra: 78
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
89,744	82,370	97,117

IC 2009

Número de casos: 62
 Tamaño de muestra: 78
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
79,487	69,885	89,089

PRÓSTATA, CISTITIS, INFECCIÓN ORINA –No interfiere NADA

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	2	2
	Negativo	7	69	76
	Total	7	71	78
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0256		
2da clasificacion		0,0897		
Diferencia		-0,0641		
95	% interv. de confianza:	-0,1512	hasta	0,0156

IC 2001

Número de casos: 2
 Tamaño de muestra: 78
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
2,564	0,312	8,957	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 7
 Tamaño de muestra: 78
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
8,974	1,990	15,958

PRÓSTATA, CISTITIS, INFECCIÓN ORINA -Interfiere**POCO**

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	3	3
	Negativo	7	68	75
	Total	7	71	78
Proporción positiva:				
1ra clasificación		0,0385		
2da clasificación		0,0897		
Diferencia		-0,0513		
95	% interv. de confianza:	-0,1406	hasta	0,0335

IC 2001

Número de casos: 3
 Tamaño de muestra: 78
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
3,846	0,800	10,831	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 7
 Tamaño de muestra: 78
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
8,974	1,990	15,958	

PRÓSTATA, CISTITIS, INFECCIÓN ORINA - Interfiere
MUCHO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	3	3
	Negativo	2	73	75
	Total	2	76	78
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0385		
2da clasificacion		0,0256		
Diferencia		0,0128		
95 % interv. de confianza:				
		-0,0559	hasta	0,0845

IC 2001

Número de casos: 3
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
3,846	0,800	10,831	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 2
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
2,564	0,312	8,957	(Exacto)

CÁNCER, LEUCEMIA – NO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	75	1	76
	Negativo	0	1	1
	Total	75	2	77
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,9870		
2da clasificacion		0,9740		
Diferencia		0,0130		
	95	% interv. de confianza:	-0,0406	hasta 0,0740

IC 2001

Número de casos: 76
 Tamaño de muestra: 77
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
98,701	92,975	99,967	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 75
 Tamaño de muestra: 77
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
97,403	90,930	99,684	(Exacto)

CÁNCER, LEUCEMIA - No interfiere NADA

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	0	0
	Negativo	0	77	77
	Total	0	77	77
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0000		
2da clasificacion		0,0000		
Diferencia		0,0000		
95 % interv. de confianza:				
		-0,0475	hasta	0,0475

IC 2001

Número de casos: 0
Tamaño de muestra: 77
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
0,000	0,000	4,678	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 0
Tamaño de muestra: 77
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
0,000	0,000	4,678	(Exacto)

CÁNCER, LEUCEMIA - Interfiere POCO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	0	0
	Negativo	1	76	77
	Total	1	76	77
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0000		
2da clasificacion		0,0130		
Diferencia		-0,0130		

IC 2001

Número de casos: 0
Tamaño de muestra: 77
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
0,000	0,000	4,678	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 1
Tamaño de muestra: 77
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
1,299	0,033	7,025	(Exacto)

CÁNCER, LEUCEMIA - Interfiere MUCHO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	1	0	1
	Negativo	0	76	76
	Total	1	76	77
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0130		
2da clasificacion		0,0130		
Diferencia		0,0000		
95	% interv. de confianza:	-0,0525	hasta	0,0525

IC 2001

Número de casos: 1
Tamaño de muestra: 77
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
1,299	0,033	7,025	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 1
Tamaño de muestra: 77
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
1,299	0,033	7,025	(Exacto)

ANEMIA – **NO**

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	73	3	76
	Negativo	1	0	1
	Total	74	3	77
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,9870		
2da clasificacion		0,9610		
Diferencia		0,0260		
95	% interv. de confianza:	-0,0370	hasta	0,0965

IC 2001

Número de casos: 76
Tamaño de muestra: 77
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
98,701	92,975	99,967	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 74
Tamaño de muestra: 77
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
96,104	89,033	99,189	(Exacto)

ANEMIA - No interfiere NADA

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	0	0
	Negativo	2	75	77
	Total	2	75	77
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0000		
2da clasificacion		0,0260		
Diferencia		-0,0260		

IC 2001

Número de casos: 0
Tamaño de muestra: 77
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
0,000	0,000 4,678	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 2
Tamaño de muestra: 77
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
2,597	0,316 9,070	(Exacto)

ANEMIA - Interfiere POCO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	1	1
	Negativo	0	76	76
	Total	0	77	77
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0130		
2da clasificacion		0,0000		
Diferencia		0,0130		
95 % interv. de confianza:				
		-0,0357	hasta	0,0700

IC 2001

Número de casos: 1
 Tamaño de muestra: 77
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
1,299	0,033 7,025	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 0
 Tamaño de muestra: 77
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
0,000	0,000 4,678	(Exacto)

ANEMIA - Interfiere MUCHO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	0	0
	Negativo	1	76	77
	Total	1	76	77
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0000		
2da clasificacion		0,0130		
Diferencia		-0,0130		

IC 2001

Número de casos: 0
Tamaño de muestra: 77
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
0,000	0,000	4,678	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 1
Tamaño de muestra: 77
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
1,299	0,033	7,025	(Exacto)

TROMBOSIS, HEMORRAGIA CEREBAL – NO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	70	4	74
	Negativo	4	0	4
	Total	74	4	78
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,9487		
2da clasificacion		0,9487		
Diferencia		0,0000		
95 % interv. de confianza:				
		-0,0812	hasta	0,0812

IC 2001

Número de casos: 74
 Tamaño de muestra: 78
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
94,872	87,387	98,585	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 74
 Tamaño de muestra: 78
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
94,872	87,387	98,585	(Exacto)

TROMBOSIS, HEMORRAGIA CEREBAL –No interfiere NADA

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	0	0
	Negativo	1	77	78
	Total	1	77	78
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0000		
2da clasificacion		0,0128		
Diferencia		-0,0128		

IC 2001

Número de casos: 0
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
0,000	0,000	4,619	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 1
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
1,282	0,032	6,937	(Exacto)

TROMBOSIS, HEMORRAGIA CEREBAL –Interfiere POCO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	3	3
	Negativo	2	73	75
	Total	2	76	78
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0385		
2da clasificacion		0,0256		
Diferencia		0,0128		
95 % interv. de confianza:				
		-0,0559	hasta	0,0845

IC 2001

Número de casos: 3
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
3,846	0,800	10,831	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 2
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
2,564	0,312	8,957	(Exacto)

TROMBOSIS, HEMORRAGIA CEREBAL - Interfiere MUCHO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	1	1
	Negativo	1	76	77
	Total	1	77	78
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0128		
2da clasificacion		0,0128		
Diferencia		0,0000		
95 % interv. de confianza:				
		-0,0574	hasta	0,0574

IC 2001

Número de casos: 1
 Tamaño de muestra: 78
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
1,282	0,032	6,937	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 1
 Tamaño de muestra: 78
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
1,282	0,032	6,937	(Exacto)

DEMENCIA, PÉRDIDA DE MEMORIA, ARTERIOESCLEROSIS –NO – Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	60	6	66
No	12	1	13
Total	72	7	79

	Proporción (%)
Muestra 1	83,544
Muestra 2	91,139

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-7,595	-16,705	4,105

Prueba de comparación de proporciones
 Valor p exacto

0,2379

IC 2001

Número de casos: 66
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
83,544	74,735	92,353

IC 2009

Número de casos: 72
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
91,139	84,240	98,039

DEMENCIA, PÉRDIDA DE MEMORIA, ARTERIOESCLEROSIS –No interfiere NADA

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	2	2
	Negativo	4	73	77
	Total	4	75	79
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0253		
2da clasificacion		0,0506		
Diferencia		-0,0253		
95	% interv. de confianza:	-0,1007	hasta	0,0452

IC 2001

Número de casos: 2
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
2,532	0,308	8,848	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 4
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
5,063	1,397	12,459	(Exacto)

DEMENCIA, PÉRDIDA DE MEMORIA, ARTERIOESCLEROSIS –**Interfiere POCO**

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	6	6
	Negativo	1	72	73
	Total	1	78	79
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0759		
2da clasificacion		0,0127		
Diferencia		0,0633		
95 % interv. de confianza:				
		-0,0067	hasta	0,1443

IC 2001

Número de casos: 6
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
7,595	1,120	14,070

IC 2009

Número de casos: 1
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
1,266	0,032	6,852	(Exacto)

DEMENCIA, PÉRDIDA DE MEMORIA, ARTEROESCLEROSIS –**Interfiere MUCHO**

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	5	5
	Negativo	2	72	74
	Total	2	77	79
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0633		
2da clasificacion		0,0253		
Diferencia		0,0380		
95 % interv. de confianza:				
		-0,0353	hasta	0,1173

IC 2001

Número de casos: 5
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
6,329	2,087	14,155	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 2
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
2,532	0,308	8,848	(Exacto)

ENFERMEDADES de los PIES - NO - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	45	12	57
No	15	7	22
Total	60	19	79

	Proporción (%)
Muestra 1	72,152
Muestra 2	75,949

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-3,797	-16,662	9,067

Prueba de McNemar		Valor p
Ji-cuadrado	gl	
0,1481	1	0,7003

IC 2001

Número de casos: 57
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
72,152	61,634	82,669

IC 2009

Número de casos: 60
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
75,949	65,892	86,007

ENFERMEDADES de los PIES -

No interfiere NADA - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		Si	No
Si	2	3	5
No	3	71	74
Total	5	74	79

	Proporción (%)
Muestra 1	6,329
Muestra 2	6,329

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
0,000	-5,801	5,801

Prueba de comparación de proporciones
Valor p exacto

1,0000

IC 2001

Número de casos: 5
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
6,329	2,087	14,155 (Exacto)

IC 2009

Número de casos: 5
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
6,329	2,087	14,155 (Exacto)

ENFERMEDADES de los PIES - Interfiere POCO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	8	8
	Negativo	8	63	71
	Total	8	71	79
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,1013		
2da clasificacion		0,1013		
Diferencia		0,0000		
	95	% interv. de confianza:	-0,1037	hasta 0,1037

IC 2001

Número de casos: 8
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
10,127	2,841	17,412

IC 2009

Número de casos: 8
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
10,127	2,841	17,412

ENFERMEDADES de los PIES - Interfiere MUCHO

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		No	Total
Si	2	7	9
No	4	66	70
Total	6	73	79

	Proporción (%)
Muestra 1	11,392
Muestra 2	7,595

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
3,797	-5,349	10,881

Prueba de comparación de proporciones
Valor p exacto

0,5488

IC 2001

Número de casos: 9
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
11,392	3,753	19,031

IC 2009

Número de casos: 6
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
7,595	1,120	14,070

HERNIAS INGUINALES O ABDOMINALES – NO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	71	7	78
	Negativo	1	0	1
	Total	72	7	79
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,9873		
2da clasificacion		0,9114		
Diferencia		0,0759		
95	% interv. de confianza:	0,0032	hasta	0,1601

IC 2001

Número de casos: 78
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
98,734	93,148	99,968	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 72
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
91,139	84,240	98,039	

HERNIAS INGUINALES O ABDOMINALES –No interfiere NADA

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	0	0
	Negativo	6	73	79
	Total	6	73	79
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0000		
2da clasificacion		0,0759		
Diferencia		-0,0759		

IC 2001

Número de casos: 0
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
0,000	0,000	4,562	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 6
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
7,595	1,120	14,070	

HERNIAS INGUINALES O ABDOMINALES - InterfierePOCO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	0	0
	Negativo	1	78	79
	Total	1	78	79
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0000		
2da clasificacion		0,0127		
Diferencia		-0,0127		

IC 2001

Número de casos: 0
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
0,000	0,000	4,562	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 1
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
1,266	0,032	6,852	(Exacto)

HERNIAS INGUINALES o ABDOMINALES - Interfiere**MUCHO**

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	1	1
	Negativo	0	78	78
	Total	0	79	79
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0127		
2da clasificacion		0,0000		
Diferencia		0,0127		
95	% interv. de confianza:	-0,0349	hasta	0,0683

IC 2001

Número de casos: 1
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
1,266	0,032 6,852	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 0
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
0,000	0,000 4,562	(Exacto)

DOLOR de CABEZA - NO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	62	2	64
	Negativo	14	0	14
	Total	76	2	78
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,8205		
2da clasificacion		0,9744		
Diferencia		-0,1538		
95	% interv. de confianza:	-0,2565	hasta	-0,0565

IC 2001

Número de casos: 64
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
82,051	72,894	91,209

IC 2009

Número de casos: 76
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
97,436	91,043	99,688	(Exacto)

DOLOR de CABEZA - **No interfiere NADA**

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	1	1
	Negativo	0	77	77
	Total	0	78	78
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0128		
2da clasificacion		0,0000		
Diferencia		0,0128		
95 % interv. de confianza:				
		-0,0353	hasta	0,0691

IC 2001

Número de casos: 1
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
1,282	0,032	6,937	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 0
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
0,000	0,000	4,619	(Exacto)

DOLOR de CABEZA - Interfiere POCO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	5	5
	Negativo	1	72	73
	Total	1	77	78
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0641		
2da clasificacion		0,0128		
Diferencia		0,0513		
95 % interv. de confianza:				
		-0,0167	hasta	0,1296

IC 2001

Número de casos: 5
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
6,410	2,114	14,329	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 1
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
1,282	0,032	6,937	(Exacto)

DOLOR de CABEZA - Interfiere MUCHO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	8	8
	Negativo	1	69	70
	Total	1	77	78
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,1026		
2da clasificacion		0,0128		
Diferencia		0,0897		
95 % interv. de confianza:				
		0,0133	hasta	0,1778

IC 2001

Número de casos: 8
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
10,256	2,883	17,630

IC 2009

Número de casos: 1
Tamaño de muestra: 78
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
1,282	0,032	6,937	(Exacto)

OBESIDAD - NO - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	66	3	69
No	5	3	8
Total	71	6	77

	Proporción (%)
Muestra 1	89,610
Muestra 2	92,208

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-2,597	-8,619	5,302

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

0,7266

IC 2001

Número de casos: 69
 Tamaño de muestra: 77
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
89,610	82,146	97,075

IC 2009

Número de casos: 71
 Tamaño de muestra: 77
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
92,208	85,571	98,844

OBESIDAD - No interfiere NADA

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	0	0
	Negativo	1	76	77
	Total	1	76	77
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0000		
2da clasificacion		0,0130		
Diferencia		-0,0130		

IC 2001

Número de casos: 0
Tamaño de muestra: 77
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
0,000	0,000 4,678	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 1
Tamaño de muestra: 77
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
1,299	0,033 7,025	(Exacto)

OBESIDAD - Interfiere POCO - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	1	4	5
No	2	70	72
Total	3	74	77

	Proporción (%)
Muestra 1	6,494
Muestra 2	3,896

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
2,597	-4,320	7,118

Prueba de comparación de proporciones
Valor p exacto

0,6875

IC 2001

Número de casos: 5
 Tamaño de muestra: 77
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
6,494	2,142	14,507 (Exacto)

IC 2009

Número de casos: 3
 Tamaño de muestra: 77
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
3,896	0,811	10,967 (Exacto)

OBESIDAD - Interfiere MUCHO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	3	3
	Negativo	2	72	74
	Total	2	75	77
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0390		
2da clasificacion		0,0260		
Diferencia		0,0130		
95 % interv. de confianza:				
		-0,0566	hasta	0,0855

IC 2001

Número de casos: 3
Tamaño de muestra: 77
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
3,896	0,811	10,967	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 2
Tamaño de muestra: 77
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
2,597	0,316	9,070	(Exacto)

ENFERMEDADES de la BOCA, DIENTES – NO – Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	55	5	60
No	16	3	19
Total	71	8	79

	Proporción (%)
Muestra 1	75,949
Muestra 2	89,873

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-13,924	-24,871	-2,977

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado		
4,7619	1	0,0291

IC 2001

Número de casos: 60
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
75,949	65,892	86,007

IC 2009

Número de casos: 71
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
89,873	82,588	97,159

ENFERMEDADES de la BOCA, DIENTES –

No interfiere NADA

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	3	3
	Negativo	0	76	76
	Total	0	79	79
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0380		
2da clasificacion		0,0000		
Diferencia		0,0380		
95 % interv. de confianza:				
		-0,0147	hasta	0,1058

IC 2001

Número de casos: 3
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
3,797	0,790 10,699	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 0
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
0,000	0,000 4,562	(Exacto)

ENFERMEDADES de la BOCA, DIENTES - Interfiere

POCO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	7	7
	Negativo	5	67	72
	Total	5	74	79
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0886		
2da clasificacion		0,0633		
Diferencia		0,0253		
95 % interv. de confianza:				
		-0,0665	hasta	0,1186

IC 2001

Número de casos: 7
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
8,861	1,961	15,760

IC 2009

Número de casos: 5
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
6,329	2,087	14,155	(Exacto)

ENFERMEDADES de la BOCA, DIENTES - Interfiere

MUCHO - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	1	8	9
No	2	68	70
Total	3	76	79

Proporción (%)	
Muestra 1	11,392
Muestra 2	3,797

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
7,595	-1,420	12,020

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

0,1094

IC 2001

Número de casos: 9
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
11,392	3,753	19,031

IC 2009

Número de casos: 3
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
3,797	0,790	10,699 (Exacto)

BOCIO, TIROIDES – NO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	79	0	79
	Negativo	0	0	0
	Total	79	0	79
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		1,0000		
2da clasificacion		1,0000		
Diferencia		0,0000		

IC 2001

Número de casos: 79
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
100,000	95,438 100,000 (Exacto)

IC 2009

Número de casos: 79
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
100,000	95,438 100,000 (Exacto)

BOCIO, TIROIDES - No interfiere NADA

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	0	0
	Negativo	0	79	79
	Total	0	79	79
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0000		
2da clasificacion		0,0000		
Diferencia		0,0000		
95 % interv. de confianza:				
		-0,0464	hasta	0,0464

IC 2001

Número de casos: 0
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
0,000	0,000 4,562	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 0
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
0,000	0,000 4,562	(Exacto)

BOCIO, TIROIDES - Interfiere POCO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	0	0
	Negativo	0	79	79
	Total	0	79	79
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0000		
2da clasificacion		0,0000		
Diferencia		0,0000		
95 % interv. de confianza:				
		-0,0464	hasta	0,0464

IC 2001

Número de casos: 0
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
0,000	0,000 4,562	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 0
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
0,000	0,000 4,562	(Exacto)

BOCIO, TIROIDES - Interfiere MUCHO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	0	0
	Negativo	0	79	79
	Total	0	79	79
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0000		
2da clasificacion		0,0000		
Diferencia		0,0000		
95 % interv. de confianza:				
		-0,0464	hasta	0,0464

IC 2001

Número de casos: 0
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
0,000	0,000 4,562	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 0
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
0,000	0,000 4,562	(Exacto)

ENFERMEDADES de la PIEL - NO - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	68	3	71
No	4	4	8
Total	72	7	79

Proporción (%)	
Muestra 1	89,873
Muestra 2	91,139

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-1,266	-7,107	5,599

Prueba de comparación de proporciones
 Valor p exacto
 1,0000

IC 2001

Número de casos: 71
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
89,873	82,588	97,159

IC 2009

Número de casos: 72
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
91,139	84,240	98,039

ENFERMEDADES de la PIEL – No interfiere NADA

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	1	3	4
No	1	74	75
Total	2	77	79

Proporción (%)			
Muestra 1	5,063		
Muestra 2	2,532		
Diferencia de proporciones (%)		IC (95,0%)	
	2,532	-3,098	4,999

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

0,6250

IC 2001

Número de casos: 4
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
5,063	1,397	12,459 (Exacto)

IC 2009

Número de casos: 2
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
2,532	0,308	8,848 (Exacto)

ENFERMEDADES de la PIEL – Interfiere POCO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	3	3
	Negativo	3	73	76
	Total	3	76	79
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0380		
2da clasificacion		0,0380		
Diferencia		0,0000		
95 % interv. de confianza:				
		-0,0732	hasta	0,0732

IC 2001

Número de casos: 3
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
3,797	0,790 10,699	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 3
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
3,797	0,790 10,699	(Exacto)

ENFERMEDADES de la PIEL – Interfiere MUCHO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	1	1
	Negativo	2	76	78
	Total	2	77	79
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0127		
2da clasificacion		0,0253		
Diferencia		-0,0127		
95 % interv. de confianza:				
		-0,0761	hasta	0,0462

IC 2001

Número de casos: 1
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
1,266	0,032	6,852	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 2
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
2,532	0,308	8,848	(Exacto)

NEUMONÍA, BRONCONEUMONÍA – NO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	78	0	78
	Negativo	1	0	1
	Total	79	0	79
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,9873		
2da clasificacion		1,0000		
Diferencia		-0,0127		

IC 2001

Número de casos: 78
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
98,734	93,148	99,968	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 79
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
100,000	95,438	100,000	(Exacto)

NEUMONÍA, BRONCONEUMONÍA - No interfiere NADA

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	0	0
	Negativo	0	79	79
	Total	0	79	79
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0000		
2da clasificacion		0,0000		
Diferencia		0,0000		
95 % interv. de confianza:				
		-0,0464	hasta	0,0464

IC 2001

Número de casos: 0
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
0,000	0,000 4,562	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 0
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
0,000	0,000 4,562	(Exacto)

NEUMONÍA, BRONCONEUMONÍA - Interfiere POCO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	1	1
	Negativo	0	78	78
	Total	0	79	79
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0127		
2da clasificacion		0,0000		
Diferencia		0,0127		
95 % interv. de confianza:				
		-0,0349	hasta	0,0683

IC 2001

Número de casos: 1
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
1,266	0,032	6,852	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 0
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
0,000	0,000	4,562	(Exacto)

NEUMONÍA, BRONCONEUMONÍA - Interfiere MUCHO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	0	0
	Negativo	0	79	79
	Total	0	79	79
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0000		
2da clasificacion		0,0000		
Diferencia		0,0000		
	95	% interv. de confianza:	-0,0464	hasta 0,0464

IC 2001

Número de casos: 0
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
0,000	0,000 4,562	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 0
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
0,000	0,000 4,562	(Exacto)

TRASTORNOS de la MENOPAUSIA – NO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	77	1	78
	Negativo	1	0	1
	Total	78	1	79
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,9873		
2da clasificacion		0,9873		
Diferencia		0,0000		
	95	% interv. de confianza:	-0,0567	hasta 0,0567

IC 2001

Número de casos: 78
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
98,734	93,148	99,968	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 78
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
98,734	93,148	99,968	(Exacto)

TRASTORNOS de la MENOPAUSIA – No interfiere NADA

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	0	0
	Negativo	1	78	79
	Total	1	78	79
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0000		
2da clasificacion		0,0127		
Diferencia		-0,0127		

IC 2001

Número de casos: 0
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
0,000	0,000	4,562	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 1
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
1,266	0,032	6,852	(Exacto)

TRASTORNOS de la MENOPAUSIA – Interfiere POCO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	0	0
	Negativo	0	79	79
	Total	0	79	79
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0000		
2da clasificacion		0,0000		
Diferencia		0,0000		
95 % interv. de confianza:				
		-0,0464	hasta	0,0464

IC 2001

Número de casos: 0
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
0,000	0,000	4,562	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 0
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
0,000	0,000	4,562	(Exacto)

TRASTORNOS de la MENOPAUSIA - Interfiere MUCHO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	1	1
	Negativo	0	78	78
	Total	0	79	79
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0127		
2da clasificacion		0,0000		
Diferencia		0,0127		
	95	% interv. de confianza:	-0,0349	hasta 0,0683

IC 2001

Número de casos: 1
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
1,266	0,032	6,852	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 0
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
0,000	0,000	4,562	(Exacto)

FALTA de APETITO, DEBILIDAD, DESNUTRICIÓN – NO –

Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	70	3	73
No	5	1	6
Total	75	4	79

	Proporción (%)
Muestra 1	92,405
Muestra 2	94,937

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-2,532	-8,400	5,167

Prueba de comparación de proporciones
Valor p exacto

0,7266

IC 2001

Número de casos: 73
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
92,405	85,930	98,880

IC 2009

Número de casos: 75
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
94,937	87,541	98,603 (Exacto)

FALTA de APETITO, DEBILIDAD, DESNUTRICIÓN – No interfiere NADA

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	2	2
	Negativo	0	77	77
	Total	0	79	79
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0253		
2da clasificacion		0,0000		
Diferencia		0,0253		
95	% interv. de confianza:	-0,0246	hasta	0,0877

IC 2001

Número de casos: 2
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
2,532	0,308	8,848	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 0
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
0,000	0,000	4,562	(Exacto)

FALTA de APETITO, DEBILIDAD, DESNUTRICIÓN –

Interfiere POCO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	2	2
	Negativo	3	74	77
	Total	3	76	79
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0253		
2da clasificacion		0,0380		
Diferencia		-0,0127		
95	% interv. de confianza:	-0,0835	hasta	0,0553

IC 2001

Número de casos: 2
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
2,532	0,308	8,848	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 3
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
3,797	0,790	10,699	(Exacto)

FALTA de APETITO, DEBILIDAD, DESNUTRICIÓN –

Interfiere MUCHO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	2	2
	Negativo	1	76	77
	Total	1	78	79
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0253		
2da clasificacion		0,0127		
Diferencia		0,0127		
95 % interv. de confianza:				
		-0,0462	hasta	0,0761

IC 2001

Número de casos: 2
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
2,532	0,308	8,848	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 1
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
1,266	0,032	6,852	(Exacto)

MFAQ – Salud física. Incapacidades**Texto previo Ilustración 15**

Número de casos:	72	
Tamaño de muestra:	80	
Nivel de confianza:	95,0%	
Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
90,000	82,801	97,199

Número de casos:	75	
Tamaño de muestra:	80	
Nivel de confianza:	95,0%	
Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
93,750	86,014	97,940 (Exacto)

Número de casos:	32	
Tamaño de muestra:	80	
Nivel de confianza:	95,0%	
Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
40,000	28,640	51,360

Número de casos:	34	
Tamaño de muestra:	80	
Nivel de confianza:	95,0%	
Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
42,500	31,042	53,958

Número de casos:	39	
Tamaño de muestra:	80	
Nivel de confianza:	95,0%	
Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
48,750	37,172	60,328

Número de casos:	29
Tamaño de muestra:	80
Nivel de confianza:	95,0%
Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
36,250	25,091 47,409

Número de casos:	25
Tamaño de muestra:	82
Nivel de confianza:	95,0%
Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
30,488	19,914 41,062

Número de casos:	9
Tamaño de muestra:	82
Nivel de confianza:	95,0%
Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
10,976	3,600 18,351

Nivel de confianza:		95,0%	
		Muestra 2	
Muestra 1	Si	No	Total
-----	-----	-----	-----
Si	6	3	9
No	19	54	73
-----	-----	-----	-----
Total	25	57	82
Proporción (%)			
-----	-----		
Muestra 1	10,976		
Muestra 2	30,488		
Diferencia de proporciones (%)		IC (95,0%)	
-----		-----	
-19,512		-29,897	-9,127
Prueba de McNemar			
Ji-cuadrado	gl	Valor p	
-----	-----	-----	
10,2273	1	0,0014	

Número de casos:	36
Tamaño de muestra:	81
Nivel de confianza:	95,0%
Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
44,444	33,006 55,883

Número de casos:	32
Tamaño de muestra:	81
Nivel de confianza:	95,0%
Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
39,506	28,243 50,770



MFAQ – Salud física. Autopercepción de salud física**Texto previo Tabla XI**

Número de casos:	39
Tamaño de muestra:	76
Nivel de confianza:	95,0%
Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
51,316	39,421 63,211

Número de casos:	34
Tamaño de muestra:	76
Nivel de confianza:	95,0%
Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
44,737	32,900 56,573

Número de casos:	52
Tamaño de muestra:	77
Nivel de confianza:	95,0%
Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
67,532	56,424 78,641

Número de casos:	46
Tamaño de muestra:	77
Nivel de confianza:	95,0%
Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
59,740	48,137 71,344

MFAQ – Salud física. Autopercepción de salud física**Tabla XI****Valoración salud – EXCELENTE**

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	2	9	11
	Negativo	0	65	65
	Total	2	74	76
Proporción positiva:				
1ra clasificación		0,1447		
2da clasificación		0,0263		
Diferencia		0,1184		
95 % interv. de confianza:				
		0,0426	hasta	0,2110

IC 2001

Número de casos: 11
 Tamaño de muestra: 76
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
14,474	5,906	23,042

IC 2009

Número de casos: 2
 Tamaño de muestra: 76
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
2,632	0,320	9,185	(Exacto)

Valoración salud – BUENA – Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2		Total
		Si	No	
Si	17	14		31
No	18	27		45
Total	35	41		76

Proporción (%)			
Muestra 1	40,789		
Muestra 2	46,053		
Diferencia de proporciones (%)		IC (95,0%)	
	-5,263	-19,804	9,277

Prueba de McNemar		
Ji-cuadrado	gl	Valor p
0,2813	1	0,5959

IC 2001

Número de casos: 31
 Tamaño de muestra: 76
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
40,789	29,083	52,496

IC 2009

Número de casos: 35
 Tamaño de muestra: 76
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
46,053	34,189	57,917

Valoración salud – REGULAR – EpidaT

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		Si	No
Si	15	12	27
No	18	31	49
Total	33	43	76

	Proporción (%)
Muestra 1	35,526
Muestra 2	43,421

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-7,895	-21,908	6,119

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado	1	0,3613
0,8333		

IC 2001

Número de casos: 27
 Tamaño de muestra: 76
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
35,526	24,109	46,944

IC 2009

Número de casos: 33
 Tamaño de muestra: 76
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
43,421	31,620	55,222

Valoración salud – MALA – EpidaT

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	2	5	7
No	4	65	69
Total	6	70	76

	Proporción (%)
Muestra 1	9,211
Muestra 2	7,895

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
1,316	-6,821	8,597

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

1,0000

IC 2001

Número de casos: 7
 Tamaño de muestra: 76
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
9,211	2,051	16,370

IC 2009

Número de casos: 6
 Tamaño de muestra: 76
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
7,895	1,174	14,615

Salud desde hace 5 años es – MEJOR

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	6	6
	Negativo	3	68	71
	Total	3	74	77
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0779		
2da clasificacion		0,0390		
Diferencia		0,0390		
95 % interv. de confianza:				
		-0,0441	hasta	0,1261

IC 2001

Número de casos: 6
Tamaño de muestra: 77
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
7,792	1,156	14,429

IC 2009

Número de casos: 3
Tamaño de muestra: 77
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
3,896	0,811	10,967	(Exacto)

Salud desde hace 5 años es – IGUAL – Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		No	Total
Si	9	16	25
No	13	39	52
Total	22	55	77

	Proporción (%)
Muestra 1	32,468
Muestra 2	28,571

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
3,896	-9,784	17,576

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado	1	0,7103
0,1379		

IC 2001

Número de casos: 25
 Tamaño de muestra: 77
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
32,468	21,359	43,576

IC 2009

Número de casos: 22
 Tamaño de muestra: 77
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
28,571	17,832	39,311

Salud desde hace 5 años es – PEOR – Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	34	12	46
No	18	13	31
Total	52	25	77

	Proporción (%)
Muestra 1	59,740
Muestra 2	67,532

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-7,792	-21,625	6,041

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado	1	0,3613
0,8333		

IC 2001

Número de casos: 46
 Tamaño de muestra: 77
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
59,740	48,137	71,344

IC 2009

Número de casos: 52
 Tamaño de muestra: 77
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
67,532	56,424	78,641

Salud afectada por sus problemas – MUCHO – Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		No	Total
Si	3	5	8
No	17	51	68
Total	20	56	76

Proporción (%)	
Muestra 1	10,526
Muestra 2	26,316

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-15,789	-27,353	-4,226

Prueba de McNemar		
Ji-cuadrado	gl	Valor p
5,5000	1	0,0190

IC 2001

Número de casos: 8
 Tamaño de muestra: 76
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
10,526	2,969	18,084

IC 2009

Número de casos: 20
 Tamaño de muestra: 76
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
26,316	15,758	36,874

Salud afectada por sus problemas – POCO – Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	13	12	25
No	24	27	51
Total	37	39	76

	Proporción (%)
Muestra 1	32,895
Muestra 2	48,684

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-15,789	-30,850	-0,729

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado	1	0,0668
3,3611		

IC 2001

Número de casos: 25
 Tamaño de muestra: 76
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
32,895	21,674	44,116

IC 2009

Número de casos: 37
 Tamaño de muestra: 76
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
48,684	36,789	60,579

Salud afectada por sus problemas – NADA – Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	16	27	43
No	3	30	33
Total	19	57	76

Proporción (%)	
Muestra 1	56,579
Muestra 2	25,000

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
31,579	19,368	43,790

Prueba de McNemar		
Ji-cuadrado	gl	Valor p
17,6333	1	0,0000

IC 2001

Número de casos: 43
 Tamaño de muestra: 76
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
56,579	44,778	68,380

IC 2009

Número de casos: 19
 Tamaño de muestra: 76
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
25,000	14,607	35,393

MFAQ – Actividades Vida Diaria Instrumentales (AVDI)**Tabla XII****Usar teléfono** – SIN AYUDA – Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

		Muestra 2	
Muestra 1	Si	No	Total
Si	68	13	81
No	2	2	4
Total	70	15	85

	Proporción (%)
Muestra 1	95,294
Muestra 2	82,353

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
12,941	3,367	17,062

Prueba de comparación de proporciones
 Valor p exacto
 0,0074

IC 2001

Número de casos: 81
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
95,294	88,387	98,703 (Exacto)

IC 2009

Número de casos: 70
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
82,353	73,660	91,045

Usar teléfono – CON AYUDA

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	3	3
	Negativo	4	78	82
	Total	4	81	85
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0353		
2da clasificacion		0,0471		
Diferencia		-0,0118		
95	% interv. de confianza:	-0,0843	hasta	0,0589

IC 2001

Número de casos: 3
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
3,529	0,734	9,970	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 4
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
4,706	1,297	11,613	(Exacto)

Usar teléfono – IMPOSIBLE

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	0	0
	Negativo	10	75	85
	Total	10	75	85
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0000		
2da clasificacion		0,1176		
Diferencia		-0,1176		

IC 2001

Número de casos: 0
Tamaño de muestra: 85
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
0,000	0,000 4,247 (Exacto)

IC 2009

Número de casos: 10
Tamaño de muestra: 85
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
11,765	4,327 19,202

Usar teléfono – NC

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	1	1
	Negativo	1	83	84
	Total	1	84	85
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0118		
2da clasificacion		0,0118		
Diferencia		0,0000		
95	% interv. de confianza:	-0,0529	hasta	0,0529

IC 2001

Número de casos: 1
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
1,176	0,030	6,381	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 1
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
1,176	0,030	6,381	(Exacto)

LLEGAR A PIE – SIN AYUDA

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	48	34	82
	Negativo	0	3	3
	Total	48	37	85
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,9647		
2da clasificacion		0,5647		
Diferencia		0,4000		
95 % interv. de confianza:				
		0,2898	hasta	0,5049

IC 2001

Número de casos: 82
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
96,471	90,030	99,266	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 48
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
56,471	45,342	67,599	

LLEGAR A PIE – CON AYUDA

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	3	0	3
	Negativo	26	56	82
	Total	29	56	85
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0353		
2da clasificacion		0,3412		
Diferencia		-0,3059		
95	% interv. de confianza:	-0,4095	hasta	-0,2051

IC 2001

Número de casos: 3
Tamaño de muestra: 85
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
3,529	0,734	9,970	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 29
Tamaño de muestra: 85
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
34,118	23,451	44,785	

LLEGAR A PIE – IMPOSIBLE

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	0	0
	Negativo	8	77	85
	Total	8	77	85
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0000		
2da clasificacion		0,0941		
Diferencia		-0,0941		

IC 2001

Número de casos: 0
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
0,000	0,000 4,247 (Exacto)

IC 2009

Número de casos: 8
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
9,412	2,616 16,207

COMPRAR – SIN AYUDA

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	47	35	82
	Negativo	0	3	3
	Total	47	38	85
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,9647		
2da clasificacion		0,5529		
Diferencia		0,4118		
	95	% interv. de confianza:	0,3007	hasta 0,5166

IC 2001

Número de casos: 82
Tamaño de muestra: 85
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
96,471	90,030	99,266	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 47
Tamaño de muestra: 85
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
55,294	44,136	66,452	

COMPRAR – CON AYUDA – Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2		Total
		Si	No	
Si	1	1		2
No	21	62		83
Total	22	63		85

	Proporción (%)
Muestra 1	2,353
Muestra 2	25,882

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
	-23,529	-33,119 -13,940

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado		
16,4091	1	0,0001

IC 2001

Número de casos: 2
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
2,353	0,286	8,242 (Exacto)

IC 2009

Número de casos: 22
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
25,882	15,983	35,782

COMPRAR – IMPOSIBLE

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	1	0	1
	Negativo	15	69	84
	Total	16	69	85
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0118		
2da clasificacion		0,1882		
Diferencia		-0,1765		
95	% interv. de confianza:	-0,2720	hasta	-0,0939

IC 2001

Número de casos: 1
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
1,176	0,030	6,381	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 16
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
18,824	9,925	27,722

COCINAR – SIN AYUDA – Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		No	Total
Si	47	34	81
No	1	3	4
Total	48	37	85

	Proporción (%)
Muestra 1	95,294
Muestra 2	56,471

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
38,824	27,962	49,685

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado	1	0,0000
29,2571		

IC 2001

Número de casos: 81
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
95,294	88,387	98,703 (Exacto)

IC 2009

Número de casos: 48
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
56,471	45,342	67,599

COCINAR – CON AYUDA – Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

		Muestra 2	
Muestra 1		Si	No
Si	2	1	3
No	24	58	82
Total	26	59	85

	Proporción (%)
Muestra 1	3,529
Muestra 2	30,588

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-27,059	-37,050	-17,067

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado	1	0,0000
19,3600		

IC 2001

Número de casos: 3
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
3,529	0,734	9,970 (Exacto)

IC 2009

Número de casos: 26
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
30,588	20,204	40,972

COCINAR – IMPOSIBLE

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	1	0	1
	Negativo	10	74	84
	Total	11	74	85
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0118		
2da clasificacion		0,1294		
Diferencia		-0,1176		
95	% interv. de confianza:	-0,2046	hasta	-0,0463

IC 2001

Número de casos: 1
Tamaño de muestra: 85
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
1,176	0,030	6,381	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 11
Tamaño de muestra: 85
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
12,941	5,217	20,665

ATENDER LA CASA - SIN AYUDA - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Muestra 2		
	Si	No	Total
Si	30	45	75
No	1	9	10
Total	31	54	85

	Proporción (%)
Muestra 1	88,235
Muestra 2	36,471

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
51,765	40,653	62,877

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado		
40,1957	1	0,0000

IC 2001

Número de casos: 75
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
88,235	80,798	95,673

IC 2009

Número de casos: 31
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
36,471	25,649	47,292

ATENDER LA CASA – CON AYUDA – Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		No	Total
Si	5	3	8
No	34	43	77
Total	39	46	85

	Proporción (%)
Muestra 1	9,412
Muestra 2	45,882

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-36,471	-48,159	-24,782

Prueba de McNemar		
Ji-cuadrado	gl	Valor p
24,3243	1	0,0000

IC 2001

Número de casos: 8
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
9,412	2,616	16,207

IC 2009

Número de casos: 39
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
45,882	34,701	57,064

ATENDER LA CASA - IMPOSIBLE - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	1	1	2
No	14	69	83
Total	15	70	85

Proporción (%)			
Muestra 1	2,353		
Muestra 2	17,647		
Diferencia de proporciones (%)		IC (95,0%)	
	-15,294	-17,588	-6,371

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

0,0010

IC 2001

Número de casos: 2
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
2,353	0,286	8,242 (Exacto)

IC 2009

Número de casos: 15
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
17,647	8,955	26,340

TOMAR MEDICAMENTOS – SIN AYUDA

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	65	18	83
	Negativo	2	0	2
	Total	67	18	85
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,9765		
2da clasificacion		0,7882		
Diferencia		0,1882		
95 % interv. de confianza:				
		0,0909	hasta	0,2894

IC 2001

Número de casos: 83
Tamaño de muestra: 85
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
97,647	91,758	99,714	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 67
Tamaño de muestra: 85
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
78,824	69,550	88,097

TOMAR MEDICAMENTOS – CON AYUDA

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	2	2
	Negativo	9	74	83
	Total	9	76	85
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0235		
2da clasificacion		0,1059		
Diferencia		-0,0824		
95 % interv. de confianza:				
		-0,1682	hasta	-0,0041

IC 2001

Número de casos: 2
Tamaño de muestra: 85
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
2,353	0,286	8,242	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 9
Tamaño de muestra: 85
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
10,588	3,459	17,718	

TOMAR MEDICAMENTOS – IMPOSIBLE

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	0	0
	Negativo	9	76	85
	Total	9	76	85
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0000		
2da clasificacion		0,1059		
Diferencia		-0,1059		

IC 2001

Número de casos: 0
Tamaño de muestra: 85
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
0,000	0,000	4,247	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 9
Tamaño de muestra: 85
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
10,588	3,459	17,718

ADMINISTRAR DINERO – SIN AYUDA

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	67	17	84
	Negativo	0	1	1
	Total	67	18	85
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,9882		
2da clasificacion		0,7882		
Diferencia		0,2000		
95	% interv. de confianza:	0,1134	hasta	0,2981

IC 2001

Número de casos: 84
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
98,824	93,619 99,970	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 67
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
78,824	69,550 88,097	

ADMINISTRAR DINERO – CON AYUDA

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	1	1
	Negativo	7	77	84
	Total	7	78	85
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0118		
2da clasificacion		0,0824		
Diferencia		-0,0706		
95	% interv. de confianza:	-0,1495	hasta	-0,0028

IC 2001

Número de casos: 1
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
1,176	0,030	6,381	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 7
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
8,235	1,803	14,668	

ADMINISTRAR DINERO – IMPOSIBLE

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	0	0
	Negativo	11	74	85
	Total	11	74	85
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0000		
2da clasificacion		0,1294		
Diferencia		-0,1294		

IC 2001

Número de casos: 0
Tamaño de muestra: 85
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
0,000	0,000	4,247	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 11
Tamaño de muestra: 85
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
12,941	5,217	20,665	

MFAQ – Actividades Vida Diaria Instrumentales Básicas**Tabla XIII****COMER** – SIN AYUDA

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	77	8	85
	Negativo	0	0	0
	Total	77	8	85
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		1,0000		
2da clasificacion		0,9059		
Diferencia		0,0941		

IC 2001

Número de casos: 85
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
100,000	95,753	100,000	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 77
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
90,588	83,793	97,384

COMER – CON AYUDA

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	0	0
	Negativo	3	82	85
	Total	3	82	85
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0000		
2da clasificacion		0,0353		
Diferencia		-0,0353		

IC 2001

Número de casos: 0
Tamaño de muestra: 85
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
0,000	0,000	4,247	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 3
Tamaño de muestra: 85
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
3,529	0,734	9,970	(Exacto)

COMER – IMPOSIBLE

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	0	0
	Negativo	5	80	85
	Total	5	80	85
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0000		
2da clasificacion		0,0588		
Diferencia		-0,0588		

IC 2001

Número de casos: 0
Tamaño de muestra: 85
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
0,000	0,000	4,247	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 5
Tamaño de muestra: 85
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
5,882	1,937	13,196	(Exacto)

VESTIRSE - SIN AYUDA - epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		Si	No
Si	66	16	82
No	1	2	3
Total	67	18	85

	Proporción (%)
Muestra 1	96,471
Muestra 2	78,824

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
17,647	8,524	19,940

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

0,0003

IC 2001

Número de casos: 82
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
96,471	90,030	99,266 (Exacto)

IC 2009

Número de casos: 67
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
78,824	69,550	88,097

VESTIRSE – CON AYUDA – epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		No	Total
Si	1	2	3
No	12	70	82
Total	13	72	85

	Proporción (%)
Muestra 1	3,529
Muestra 2	15,294

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-11,765	-15,884	-2,368

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

0,0129

IC 2001

Número de casos: 3
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
3,529	0,734	9,970 (Exacto)

IC 2009

Número de casos: 13
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
15,294	7,054	23,534

VESTIRSE – IMPOSIBLE

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	0	0
	Negativo	5	80	85
	Total	5	80	85
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0000		
2da clasificacion		0,0588		
Diferencia		-0,0588		

IC 2001

Número de casos: 0
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
0,000	0,000 4,247	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 5
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
5,882	1,937 13,196	(Exacto)

PEINARSE, AFEITARSE – SIN AYUDA

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	74	10	84
	Negativo	0	1	1
	Total	74	11	85
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,9882		
2da clasificacion		0,8706		
Diferencia		0,1176		
95 % interv. de confianza:				
		0,0463	hasta	0,2046

IC 2001

Número de casos: 84
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
98,824	93,619	99,970	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 74
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
87,059	79,335	94,783

PEINARSE, AFEITARSE – CON AYUDA

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	1	1
	Negativo	5	79	84
	Total	5	80	85
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0118		
2da clasificacion		0,0588		
Diferencia		-0,0471		
95	% interv. de confianza:	-0,1196	hasta	0,0154

IC 2001

Número de casos: 1
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
1,176	0,030	6,381	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 5
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
5,882	1,937	13,196	(Exacto)

PEINARSE, AFEITARSE – IMPOSIBLE

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	0	0
	Negativo	6	79	85
	Total	6	79	85
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0000		
2da clasificacion		0,0706		
Diferencia		-0,0706		

IC 2001

Número de casos: 0
Tamaño de muestra: 85
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
0,000	0,000 4,247	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 6
Tamaño de muestra: 85
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
7,059	1,025 13,092	

ANDAR – SIN AYUDA – Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	55	27	82
No	1	2	3
Total	56	29	85

	Proporción (%)
Muestra 1	96,471
Muestra 2	65,882

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
30,588	20,264	40,912

Prueba de McNemar		gl	Valor p
Ji-cuadrado			
22,3214	1		0,0000

IC 2001

Número de casos: 82
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
96,471	90,030	99,266 (Exacto)

IC 2009

Número de casos: 56
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
65,882	55,215	76,549

ANDAR – CON AYUDA – Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		Si	No
Si	2	1	3
No	23	59	82
Total	25	60	85

Proporción (%)	
Muestra 1	3,529
Muestra 2	29,412

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-25,882	-35,748	-16,017

Prueba de McNemar		gl	Valor p
Ji-cuadrado			
18,3750	1		0,0000

IC 2001

Número de casos: 3
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
3,529	0,734	9,970 (Exacto)

IC 2009

Número de casos: 25
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
29,412	19,137	39,686

ANDAR – IMPOSIBLE

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	0	0
	Negativo	4	81	85
	Total	4	81	85
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0000		
2da clasificacion		0,0471		
Diferencia		-0,0471		

IC 2001

Número de casos: 0
Tamaño de muestra: 85
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
0,000	0,000 4,247	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 4
Tamaño de muestra: 85
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
4,706	1,297 11,613	(Exacto)

SENTARSE, LEVANTARSE – SIN AYUDA

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	72	12	84
	Negativo	0	1	1
	Total	72	13	85
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,9882		
2da clasificacion		0,8471		
Diferencia		0,1412		
	95	% interv. de confianza:	0,0651	hasta 0,2320

IC 2001

Número de casos: 84
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
98,824	93,619	99,970	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 72
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
84,706	76,466	92,946

SENTARSE, LEVANTARSE – CON AYUDA

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	1	0	1
	Negativo	7	77	84
	Total	8	77	85
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0118		
2da clasificacion		0,0941		
Diferencia		-0,0824		
95 % interv. de confianza:				
		-0,1622	hasta	-0,0186

IC 2001

Número de casos: 1
Tamaño de muestra: 85
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
1,176	0,030	6,381	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 8
Tamaño de muestra: 85
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
9,412	2,616	16,207	

SENTARSE, LEVANTARSE – IMPOSIBLE

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	0	0
	Negativo	5	80	85
	Total	5	80	85
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0000		
2da clasificacion		0,0588		
Diferencia		-0,0588		

IC 2001

Número de casos: 0
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
0,000	0,000 4,247 (Exacto)

IC 2009

Número de casos: 5
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
5,882	1,937 13,196 (Exacto)

BAÑARSE - SIN AYUDA - epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2		Total
		Si	No	
Si	55	25	80	
No	3	2	5	
Total	58	27	85	

	Proporción (%)
Muestra 1	94,118
Muestra 2	68,235

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
25,882	14,992	36,773

Prueba de McNemar		
Ji-cuadrado	gl	Valor p
15,7500	1	0,0001

IC 2001

Número de casos: 80
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
94,118	86,804	98,063 (Exacto)

IC 2009

Número de casos: 58
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
68,235	57,750	78,721

BAÑARSE – CON AYUDA – epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		No	Total
Si	1	2	3
No	15	67	82
Total	16	69	85

	Proporción (%)
Muestra 1	3,529
Muestra 2	18,824

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-15,294	-19,417	-5,424

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

0,0023

IC 2001

Número de casos: 3
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
3,529	0,734	9,970 (Exacto)

IC 2009

Número de casos: 16
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
18,824	9,925	27,722

BAÑARSE – IMPOSIBLE – epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		Si	No
Si	1	1	2
No	10	73	83
Total	11	74	85

	Proporción (%)
Muestra 1	2,353
Muestra 2	12,941

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-10,588	-12,882	-2,257

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

0,0117

IC 2001

Número de casos: 2
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
2,353	0,286	8,242 (Exacto)

IC 2009

Número de casos: 11
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
12,941	5,217	20,665

MFAQ – Actividades Vida Diaria**Índice de Katz.**

Número de casos:	78
Tamaño de muestra:	85
Nivel de confianza:	95,0%
Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
91,765	85,332 98,197

Número de casos:	47
Tamaño de muestra:	85
Nivel de confianza:	95,0%
Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
55,294	44,136 66,452

MFAQ – Actividades Vida Diaria .Incontinencia urinaria

Número de casos: 15
 Tamaño de muestra: 83
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
----- 18,072	----- 9,192	----- 26,953

Número de casos: 11
 Tamaño de muestra: 83
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
----- 13,253	----- 5,356	----- 21,150

Número de casos: 3
 Tamaño de muestra: 6
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
----- 50,000	----- 11,812	----- 88,188	(Exacto)

Número de casos: 2
 Tamaño de muestra: 6
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
----- 33,333	----- 4,327	----- 77,722	(Exacto)

Número de casos: 4
 Tamaño de muestra: 6
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
----- 66,667	----- 22,278	----- 95,673	(Exacto)

Nivel de confianza:		95,0%	
		Muestra 2	
Muestra 1	Si	No	Total
-----	-----	-----	-----
Si	1	1	2
No	2	2	4
-----	-----	-----	-----
Total	3	3	6
		Proporción (%)	
-----	-----		
Muestra 1	33,333		
Muestra 2	50,000		
Diferencia de proporciones (%)		IC (95,0%)	
-----	-----	-----	-----
	-16,667	-49,160	40,570
Prueba de comparación de proporciones			
Valor p exacto			

	1,0000		

Nivel de confianza:		95,0%	
		Muestra 2	
Muestra 1	Si	No	Total
-----	-----	-----	-----
Si	2	2	4
No	1	1	2
-----	-----	-----	-----
Total	3	3	6
		Proporción (%)	
-----	-----		
Muestra 1	66,667		
Muestra 2	50,000		
Diferencia de proporciones (%)		IC (95,0%)	
-----	-----	-----	-----
	16,667	-40,570	49,160
Prueba de comparación de proporciones			
Valor p exacto			

	1,0000		

MFAQ – UTILIZACIÓN DE SERVICIOS**Área de mantenimiento básico o diario**

Número de casos:	43		
Tamaño de muestra:	85		
Nivel de confianza:	95,0%		
Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
50,588	39,371	61,805	

Número de casos:	41		
Tamaño de muestra:	85		
Nivel de confianza:	95,0%		
Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
48,235	37,024	59,446	

Número de casos:	5		
Tamaño de muestra:	86		
Nivel de confianza:	95,0%		
Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
5,814	1,915	13,048	(Exacto)

Número de casos:	2		
Tamaño de muestra:	86		
Nivel de confianza:	95,0%		
Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
2,326	0,283	8,149	(Exacto)

Número de casos:	10
Tamaño de muestra:	83
Nivel de confianza:	95,0%
Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
12,048	4,443 19,654

Número de casos:	7
Tamaño de muestra:	83
Nivel de confianza:	95,0%
Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
8,434	1,853 15,015



MFAQ – UTILIZACIÓN DE SERVICIOS**Área de mantenimiento básico o diario. Tabla XIV****CUIDADOS DIARIOS (personal)** – RECIBE – epidat

Nivel de confianza: 95,0%

		Muestra 2	
Muestra 1	Si	No	Total
Si	2	2	4
No	22	61	83
Total	24	63	87

	Proporción (%)
Muestra 1	4,598
Muestra 2	27,586

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-22,989	-32,912	-13,065

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado	1	0,0001
15,0417		

IC 2001

Número de casos: 4
 Tamaño de muestra: 87
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
4,598	1,267	11,355 (Exacto)

IC 2009

Número de casos: 24
 Tamaño de muestra: 87
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
27,586	17,620	37,553

CUIDADOS DIARIOS (personal) – CREE NECESITARLO

Nivel de confianza: 95,0%

		Muestra 2	
Muestra 1	Si	No	Total
Si	4	2	6
No	15	63	78
Total	19	65	84

	Proporción (%)
Muestra 1	7,143
Muestra 2	22,619

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-15,476	-19,648	-5,488

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

0,0023

IC 2001

Número de casos: 6
 Tamaño de muestra: 84
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
7,143	1,040	13,246

IC 2009

Número de casos: 19
 Tamaño de muestra: 84
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
22,619	13,077	32,161

DE CONTROL. COMPROBACIÓN – RECIBE – epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	22	19	41
No	21	23	44
Total	43	42	85

Proporción (%)			
Muestra 1	48,235		
Muestra 2	50,588		
Diferencia de proporciones (%)		IC (95,0%)	
	-2,353	-16,928	12,222

Prueba de McNemar			
Ji-cuadrado	gl	Valor p	
0,0250	1	0,8744	

IC 2001

Número de casos: 41
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
48,235	37,024	59,446

IC 2009

Número de casos: 43
 Tamaño de muestra: 85
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
50,588	39,371	61,805

DE CONTROL. COMPROBACIÓN – CREE NECESITARLO

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		Si	No
Si	23	18	41
No	16	23	39
Total	39	41	80

	Proporción (%)
Muestra 1	51,250
Muestra 2	48,750

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
2,500	-11,775	16,775

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado	1	0,8638
0,0294		

IC 2001

Número de casos: 41
 Tamaño de muestra: 80
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
51,250	39,672	62,828

IC 2009

Número de casos: 39
 Tamaño de muestra: 80
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
48,750	37,172	60,328

REEDUCACIÓN HABILIDADES – RECIBE

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	2	2
	Negativo	5	79	84
	Total	5	81	86
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0233		
2da clasificacion		0,0581		
Diferencia		-0,0349		
95	% interv. de confianza:	-0,1083	hasta	0,0326

IC 2001

Número de casos: 2
Tamaño de muestra: 86
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
2,326	0,283	8,149	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 5
Tamaño de muestra: 86
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
5,814	1,915	13,048	(Exacto)

REEDUCACIÓN HABILIDADES – CREE NECESITARLO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	7	7
	Negativo	10	66	76
	Total	10	73	83
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0843		
2da clasificacion		0,1205		
Diferencia		-0,0361		
95	% interv. de confianza:	-0,1376	hasta	0,0648

IC 2001

Número de casos: 7
 Tamaño de muestra: 83
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
8,434	1,853	15,015

IC 2009

Número de casos: 10
 Tamaño de muestra: 83
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
12,048	4,443	19,654

SUPERVISIÓN CONTINUA – LO RECIBE – Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Muestra 2		
	Si	No	Total
Si	1	4	5
No	16	63	79
Total	17	67	84

	Proporción (%)
Muestra 1	5,952
Muestra 2	20,238

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-14,286	-24,263	-4,308

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado		
6,0500	1	0,0139

IC 2001

Número de casos: 5
 Tamaño de muestra: 84
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
5,952	1,961	13,347 (Exacto)

IC 2009

Número de casos: 17
 Tamaño de muestra: 84
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
20,238	11,051	29,425

SUPERACIÓN CONTINUA – CREE NECESITARLO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	1	1
	Negativo	13	70	83
	Total	13	71	84
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0119		
2da clasificacion		0,1548		
Diferencia		-0,1429		
95	% interv. de confianza:	-0,2361	hasta	-0,0597

IC 2001

Número de casos: 1
Tamaño de muestra: 84
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
1,190	0,030	6,455	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 13
Tamaño de muestra: 84
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
15,476	7,146	23,806	

TAREAS DOMÉSTICAS – LO RECIBE – Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	10	5	15
No	31	41	72
Total	41	46	87

Proporción (%)	
Muestra 1	17,241
Muestra 2	47,126

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-29,885	-41,855	-17,915

Prueba de McNemar		gl	Valor p
Ji-cuadrado			
17,3611	1		0,0000

IC 2001

Número de casos: 15
 Tamaño de muestra: 87
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
17,241	8,729	25,754

IC 2009

Número de casos: 41
 Tamaño de muestra: 87
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
47,126	36,063	58,190

TAREAS DOMÉSTICAS – CREE NECESITARLO – Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	19	1	20
No	40	23	63
Total	59	24	83

Proporción (%)	
Muestra 1	24,096
Muestra 2	71,084

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-46,988	-58,232	-35,743

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado		
35,2195	1	0,0000

IC 2001

Número de casos: 20
 Tamaño de muestra: 83
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
24,096	14,293	33,899

IC 2009

Número de casos: 59
 Tamaño de muestra: 83
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
71,084	60,728	81,440

PREPARACIÓN COMIDA – LO RECIBE – Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	3	2	5
No	29	53	82
Total	32	55	87

Proporción (%)	
Muestra 1	5,747
Muestra 2	36,782

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-31,034	-41,749	-20,320

Prueba de McNemar		gl	Valor p
Ji-cuadrado			
21,8065	1		0,0000

IC 2001

Número de casos: 5
 Tamaño de muestra: 87
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
5,747	1,892	12,904 (Exacto)

IC 2009

Número de casos: 32
 Tamaño de muestra: 87
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
36,782	26,074	47,489

PREPARACIÓN COMIDA – CREE NECESITARLO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	4	0	4
	Negativo	35	44	79
	Total	39	44	83
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0482		
2da clasificacion		0,4699		
Diferencia		-0,4217		
95	% interv. de confianza:	-0,5267	hasta	-0,3080

IC 2001

Número de casos: 4
Tamaño de muestra: 83
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
4,819	1,329	11,882	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 39
Tamaño de muestra: 83
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
46,988	35,648	58,328	

MFAQ – UTILIZACIÓN DE SERVICIOS**Servicios sanitarios (terapéutica o rehabilitadora)**

Número de casos:	23	
Tamaño de muestra:	87	
Nivel de confianza:	95,0%	
Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
26,437	16,595	36,278

Número de casos:	31	
Tamaño de muestra:	83	
Nivel de confianza:	95,0%	
Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
37,349	26,340	48,359

Número de casos:	21	
Tamaño de muestra:	87	
Nivel de confianza:	95,0%	
Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
24,138	14,571	33,705

Número de casos:	22	
Tamaño de muestra:	83	
Nivel de confianza:	95,0%	
Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
26,506	16,408	36,604

Número de casos:	8
Tamaño de muestra:	86
Nivel de confianza:	95,0%
Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
9,302	2,582 16,023

Número de casos:	9
Tamaño de muestra:	71
Nivel de confianza:	95,0%
Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
12,676	4,233 21,119

Número de casos:	6
Tamaño de muestra:	71
Nivel de confianza:	95,0%
Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
8,451	1,277 15,625

TABLA XV - Área de servicios sanitarios**SALUD MENTAL** - LO RECIBE - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

		Muestra 2	
Muestra 1	Si	No	Total
Si	2	7	9
No	4	74	78
Total	6	81	87

	Proporción (%)
Muestra 1	10,345
Muestra 2	6,897

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
3,448	-4,858	9,881

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

0,5488

IC 2001

Número de casos: 9
 Tamaño de muestra: 87
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
10,345	3,371	17,319

IC 2009

Número de casos: 6
 Tamaño de muestra: 87
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
6,897	0,997	12,796

SALUD MENTAL – CREE NECESITARLO – Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	2	13	15
No	4	64	68
Total	6	77	83

	Proporción (%)
Muestra 1	18,072
Muestra 2	7,229

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
10,843	0,041	17,692

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

0,0490

IC 2001

Número de casos: 15
 Tamaño de muestra: 83
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
18,072	9,192	26,953

IC 2009

Número de casos: 6
 Tamaño de muestra: 83
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
7,229	1,055	13,403

PSICOFÁRMACOS - LO RECIBE - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		No	Total
Si	11	10	21
No	12	54	66
Total	23	64	87

	Proporción (%)
Muestra 1	24,138
Muestra 2	26,437

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-2,299	-12,855	8,257

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado	1	0,8312
0,0455		

IC 2001

Número de casos: 21
 Tamaño de muestra: 87
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
24,138	14,571	33,705

IC 2009

Número de casos: 23
 Tamaño de muestra: 87
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
26,437	16,595	36,278

PSICOFÁRMACOS – CREE NECESITARLO – Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	14	8	22
No	17	44	61
Total	31	52	83

Proporción (%)	
Muestra 1	26,506
Muestra 2	37,349

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-10,843	-22,418	0,731

Prueba de McNemar		gl	Valor p
Ji-cuadrado			
2,5600	1		0,1096

IC 2001

Número de casos: 22
 Tamaño de muestra: 83
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
26,506	16,408	36,604

IC 2009

Número de casos: 31
 Tamaño de muestra: 83
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
37,349	26,340	48,359

CUIDADOS ENFERMERÍA – LO RECIBE – Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Muestra 2		
	Si	No	Total
Si	5	11	16
No	27	44	71
Total	32	55	87

Proporción (%)	
Muestra 1	18,391
Muestra 2	36,782

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-18,391	-31,730	-5,052

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado	1	0,0150
5,9211		

IC 2001

Número de casos: 16
 Tamaño de muestra: 87
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
18,391	9,675	27,106

IC 2009

Número de casos: 32
 Tamaño de muestra: 87
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
36,782	26,074	47,489

CUIDADOS ENFERMERÍA – CREE NECESITARLO – Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		No	Total
Si	7	11	18
No	28	37	65
Total	35	48	83

	Proporción (%)
Muestra 1	21,687
Muestra 2	42,169

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-20,482	-34,555	-6,409

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado	1	0,0104
6,5641		

IC 2001

Número de casos: 18
 Tamaño de muestra: 83
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
21,687	12,218	31,155

IC 2009

Número de casos: 35
 Tamaño de muestra: 83
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
42,169	30,942	53,395

FISIOTERAPIA - LO RECIBE - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	2	1	3
No	6	77	83
Total	8	78	86

Proporción (%)	
Muestra 1	3,488
Muestra 2	9,302

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-5,814	-8,081	1,282

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

0,1250

IC 2001

Número de casos: 3
 Tamaño de muestra: 86
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
3,488	0,725	9,858 (Exacto)

IC 2009

Número de casos: 8
 Tamaño de muestra: 86
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
9,302	2,582	16,023

FISIOTERAPIA - CREE NECESITARLO - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	4	7	11
No	13	62	75
Total	17	69	86

Proporción (%)	
Muestra 1	12,791
Muestra 2	19,767

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-6,977	-17,062	3,108

Prueba de McNemar		
Ji-cuadrado	gl	Valor p
1,2500	1	0,2636

IC 2001

Número de casos: 11
 Tamaño de muestra: 86
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
12,791	5,151	20,431

IC 2009

Número de casos: 17
 Tamaño de muestra: 86
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
19,767	10,769	28,766

CUIDADOS MÉDICOS – LO RECIBE – Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	1	5	6
No	8	57	65
Total	9	62	71

Proporción (%)	
Muestra 1	8,451
Muestra 2	12,676

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-4,225	-13,235	6,746

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

0,5811

IC 2001

Número de casos: 6
 Tamaño de muestra: 71
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
8,451	1,277	15,625

IC 2009

Número de casos: 9
 Tamaño de muestra: 71
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
12,676	4,233	21,119

CUIDADOS MÉDICOS – CREE NECESITARLO – Epidat

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	4	4
	Negativo	1	74	75
	Total	1	78	79
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0506		
2da clasificacion		0,0127		
Diferencia		0,0380		
95 % interv. de confianza:				
		-0,0263	hasta	0,1114

IC 2001

Número de casos: 4
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
5,063	1,397	12,459	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 1
Tamaño de muestra: 79
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
1,266	0,032	6,852	(Exacto)

Tabla XVI**Área de servicios sociales / entretenimiento****OCUPACIÓN OCIO – LO RECIBE – Epidat**

Nivel de confianza: 95,0%

		Muestra 2	
Muestra 1	Si	No	Total
Si	6	7	13
No	8	66	74
Total	14	73	87

	Proporción (%)
Muestra 1	14,943
Muestra 2	16,092

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-1,149	-9,908	8,074

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

1,0000

IC 2001

Número de casos: 13
 Tamaño de muestra: 87
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
14,943	6,877	23,009

IC 2009

Número de casos: 14
 Tamaño de muestra: 87
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
16,092	7,796	24,388

OCUPACIÓN OCIO – CREE NECESITARLO – Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		No	Total
Si	16	13	29
No	9	43	52
Total	25	56	81

Proporción (%)	
Muestra 1	35,802
Muestra 2	30,864

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
4,938	-6,360	16,237

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado		
0,4091	1	0,5224

IC 2001

Número de casos: 29
 Tamaño de muestra: 81
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
35,802	24,745	46,860

IC 2009

Número de casos: 25
 Tamaño de muestra: 81
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
30,864	20,187	41,541

VIAJES - LO RECIBE - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	7	7	14
No	9	23	32
Total	16	30	46

Proporción (%)	
Muestra 1	30,435
Muestra 2	34,783

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-4,348	-21,041	13,998

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

0,8036

IC 2001

Número de casos: 14
 Tamaño de muestra: 46
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
30,435	16,051	44,819

IC 2009

Número de casos: 16
 Tamaño de muestra: 46
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
34,783	19,932	49,633

VIAJES - CREE NECESITARLO - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	7	8	15
No	7	20	27
Total	14	28	42

Proporción (%)	
Muestra 1	35,714
Muestra 2	33,333

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
2,381	-16,724	20,524

Prueba de comparación de proporciones
Valor p exacto

1,0000

IC 2001

Número de casos: 15
 Tamaño de muestra: 42
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
35,714	20,033	51,396

IC 2009

Número de casos: 14
 Tamaño de muestra: 42
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
33,333	17,886	48,780

DEPORTE – LO RECIBE – Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	1	3	4
No	1	36	37
Total	2	39	41

Proporción (%)	
Muestra 1	9,756
Muestra 2	4,878

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
4,878	-5,968	9,633

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

0,6250

IC 2001

Número de casos: 4
 Tamaño de muestra: 41
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
9,756	2,723	23,131 (Exacto)

IC 2009

Número de casos: 2
 Tamaño de muestra: 41
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
4,878	0,596	16,533 (Exacto)

DEPORTE – CREE NECESITARLO – Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2		Total
		Si	No	
Si	3	5		8
No	3	25		28
Total	6	30		36

	Proporción (%)
Muestra 1	22,222
Muestra 2	16,667

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
5,556	-11,339	18,434

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

0,7266

IC 2001

Número de casos: 8
 Tamaño de muestra: 36
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
22,222	7,253	37,192

IC 2009

Número de casos: 6
 Tamaño de muestra: 36
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
16,667	3,104	30,229

Tabla XVI

Área de servicios sociales / entretenimiento

Texto previo tabla XVI

Número de casos:	10		
Tamaño de muestra:	83		
Nivel de confianza:	95,0%		
Proporción (%)		IC (95,0%)	
-----	-----	-----	-----
12,048	4,443	19,654	

Número de casos:	9		
Tamaño de muestra:	83		
Nivel de confianza:	95,0%		
Proporción (%)		IC (95,0%)	
-----	-----	-----	-----
10,843	3,552	18,135	

Tabla XVI**Área de servicios sostenimiento****TRANSPORTE** - CREE NECESITARLO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	9	9
	Negativo	10	64	74
	Total	10	73	83
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,1084		
2da clasificacion		0,1205		
Diferencia		-0,0120		
95	% interv. de confianza:	-0,1183	hasta	0,0942

IC 2001

Número de casos: 9
Tamaño de muestra: 83
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
10,843	3,552	18,135

IC 2009

Número de casos: 10
Tamaño de muestra: 83
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
12,048	4,443	19,654

AYUDA LEGAL – LO RECIBE – Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		No	Total
Si	4	19	23
No	4	60	64
Total	8	79	87

Proporción (%)	
Muestra 1	26,437
Muestra 2	9,195

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
17,241	7,063	27,420

Prueba de McNemar		
Ji-cuadrado	gl	Valor p
8,5217	1	0,0035

IC 2001

Número de casos: 23
 Tamaño de muestra: 87
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
26,437	16,595	36,278

IC 2009

Número de casos: 8
 Tamaño de muestra: 87
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
9,195	2,549	15,842

AYUDA LEGAL – CREE NECESITARLO – Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

		Muestra 2	
Muestra 1	Si	No	Total
Si	5	12	17
No	5	58	63
Total	10	70	80

Proporción (%)	
Muestra 1	21,250
Muestra 2	12,500

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
8,750	-2,532	16,867

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

0,1435

IC 2001

Número de casos: 17
 Tamaño de muestra: 80
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
21,250	11,661	30,839

IC 2009

Número de casos: 10
 Tamaño de muestra: 80
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
12,500	4,628	20,372

REUBICACIÓN – LO RECIBE

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	1	0	1
	Negativo	4	82	86
	Total	5	82	87
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0115		
2da clasificacion		0,0575		
Diferencia		-0,0460		
95 % interv. de confianza:				
		-0,1148	hasta	0,0085

IC 2001

Número de casos: 1
Tamaño de muestra: 87
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
1,149	0,029	6,238	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 5
Tamaño de muestra: 87
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
5,747	1,892	12,904	(Exacto)

REUBICACIÓN – CREE NECESITARLO

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	1	1
	Negativo	3	77	80
	Total	3	78	81
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0123		
2da clasificacion		0,0370		
Diferencia		-0,0247		
95	% interv. de confianza:	-0,0920	hasta	0,0353

IC 2001

Número de casos: 1
Tamaño de muestra: 81
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
1,235	0,031	6,688	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 3
Tamaño de muestra: 81
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
3,704	0,770	10,444	(Exacto)

MEJORAS HOGAR – LO RECIBE

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	10	10
	Negativo	2	74	76
	Total	2	84	86
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,1163		
2da clasificacion		0,0233		
Diferencia		0,0930		
95	% interv. de confianza:	0,0134	hasta	0,1803

IC 2001

Número de casos: 10
 Tamaño de muestra: 86
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
11,628	4,272	18,984

IC 2009

Número de casos: 2
 Tamaño de muestra: 86
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
2,326	0,283	8,149	(Exacto)

MEJORAS HOGAR – CREE NECESITARLO – Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	8	4	12
No	21	46	67
Total	29	50	79

Proporción (%)	
Muestra 1	15,190
Muestra 2	36,709

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-21,519	-32,980	-10,058

Prueba de McNemar		
Ji-cuadrado	gl	Valor p
10,2400	1	0,0014

IC 2001

Número de casos: 12
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
15,190	6,642	23,738

IC 2009

Número de casos: 29
 Tamaño de muestra: 79
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
36,709	25,447	47,971

AYUDA ECONÓMICA – CREE NECESITARLO – Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		No	Total
Si	31	4	35
No	25	20	45
Total	56	24	80

	Proporción (%)		
Muestra 1	43,750		
Muestra 2	70,000		
Diferencia de proporciones (%)		IC (95,0%)	
	-26,250	-38,123	-14,377

Prueba de McNemar			
Ji-cuadrado	gl	Valor p	
13,7931	1	0,0002	

IC 2001

Número de casos: 35
 Tamaño de muestra: 80
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
43,750	32,254	55,246

IC 2009

Número de casos: 56
 Tamaño de muestra: 80
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
70,000	59,333	80,667

AYUDA PARA COMIDA – LO RECIBE

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	2	2
	Negativo	1	78	79
	Total	1	80	81
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0247		
2da clasificacion		0,0123		
Diferencia		0,0123		
95	% interv. de confianza:	-0,0452	hasta	0,0743

IC 2001

Número de casos: 2
Tamaño de muestra: 81
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
2,469	0,300 8,636	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 1
Tamaño de muestra: 81
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	
1,235	0,031 6,688	(Exacto)

AYUDA PARA COMIDA – CREE NECESITARLO – Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	2	7	9
No	9	62	71
Total	11	69	80

	Proporción (%)
Muestra 1	11,250
Muestra 2	13,750

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
	-12,099	8,049
	-2,500	

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

0,8036

IC 2001

Número de casos: 9
 Tamaño de muestra: 80
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
11,250	3,701	18,799

IC 2009

Número de casos: 11
 Tamaño de muestra: 80
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
13,750	5,579	21,921

INFORMACIÓN del ENCUESTADOR. PDF en RECURSOS SOCIALES - TABLA XIX

(RS 1) RECURSOS SOCIALES. Excelente - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	2	36	38
No	1	49	50
Total	3	85	88

Proporción (%)			
Muestra 1	43,182		
Muestra 2	3,409		
Diferencia de proporciones (%)		IC (95,0%)	
	39,773	29,073	50,473

Prueba de McNemar		
Ji-cuadrado	gl	Valor p
31,2432	1	0,0000

IC 2001

Número de casos: 38
Tamaño de muestra: 88
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
43,182	32,265	54,099

IC 2009

Número de casos: 3
Tamaño de muestra: 88
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
3,409	0,709	9,641 (Exacto)

(RS 2) RECURSOS SOCIALES. Buenos - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	14	14	28
No	22	38	60
Total	36	52	88

	Proporción (%)
Muestra 1	31,818
Muestra 2	40,909

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-9,091	-22,319	4,137

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado		
1,3611	1	0,2433

IC 2001

Número de casos: 28
 Tamaño de muestra: 88
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
31,818	21,519	42,118

IC 2009

Número de casos: 36
 Tamaño de muestra: 88
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
40,909	30,068	51,750

(RS 3) RECURSOS SOCIALES. Ligeramente deteriorada -
Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		No	Total
Si	5	8	13
No	31	44	75
Total	36	52	88

	Proporción (%)
Muestra 1	14,773
Muestra 2	40,909

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-26,136	-38,929	-13,344

Prueba de McNemar Ji-cuadrado	gl	Valor p
12,4103	1	0,0004

IC 2001

Número de casos: 13
Tamaño de muestra: 88
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
14,773	6,791	22,754

IC 2009

Número de casos: 36
Tamaño de muestra: 88
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
40,909	30,068	51,750

(RS 4) RECURSOS SOCIALES. Moderadamente deteriorada

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		Si	No
Si	1	4	5
No	6	77	83
Total	7	81	88

Proporción (%)			
Muestra 1	5,682		
Muestra 2	7,955		
Diferencia de proporciones (%)		IC (95,0%)	
	-2,273	-8,601	5,400

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

0,7539

IC 2001

Número de casos:	5		
Tamaño de muestra:	88		
Nivel de confianza:	95,0%		
Proporción (%)		IC (95,0%)	
5,682	1,870	12,763	(Exacto)

IC 2009

Número de casos:	7		
Tamaño de muestra:	88		
Nivel de confianza:	95,0%		
Proporción (%)		IC (95,0%)	
7,955	1,733	14,176	

(RS 5) RECURSOS SOCIALES. Fuertemente deteriorada

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	4	4
	Negativo	6	78	84
	Total	6	82	88
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0455		
2da clasificacion		0,0682		
Diferencia		-0,0227		
95 % interv. de confianza:				
		-0,1020	hasta	0,0543

Prueba de comparación de proporciones - Epidat (Con 1 en lugar de 0) (total 89)
 Valor p exacto

 0,7539

IC 2001

Número de casos: 4
 Tamaño de muestra: 88
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%) IC (95,0%)

 4,545 1,252 11,231 (Exacto)

IC 2009

Número de casos: 6
 Tamaño de muestra: 88
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%) IC (95,0%)

 6,818 0,984 12,653

INFORMACIÓN del ENCUESTADOR. PDF en RECURSOS ECONÓMICOS - TABLA XX

(RE 1) RECURSOS ECONÓMICOS. Excelente

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	7	14	21
	Negativo	0	67	67
	Total	7	81	88
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,2386		
2da clasificacion		0,0795		
Diferencia		0,1591		
95 % interv. de confianza:				
		0,0810	hasta	0,2462

Prueba de comparación de proporciones - Epidat (Con 1 en lugar de 0) (total 89)

Valor p exacto

0,0010

IC 2001

Número de casos: 21
Tamaño de muestra: 88
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
23,864	14,390 33,338

IC 2009

Número de casos: 7
Tamaño de muestra: 88
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)
-----	-----
7,955	1,733 14,176

(RE 2) RECURSOS ECONÓMICOS. Buenos - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		Si	No
Si	9	23	32
No	10	46	56
Total	19	69	88

Proporción (%)			
Muestra 1	36,364		
Muestra 2	21,591		
Diferencia de proporciones (%)		IC (95,0%)	
	14,773	2,356	27,189

Prueba de McNemar		
Ji-cuadrado	gl	Valor p
4,3636	1	0,0367

IC 2001

Número de casos: 32
 Tamaño de muestra: 88
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
36,364	25,745	46,982

IC 2009

Número de casos: 19
 Tamaño de muestra: 88
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
21,591	12,426	30,756

(RE 3) RECURSOS ECONÓMICOS. Ligeramente deteriorados

- Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	23	10	33
No	26	29	55
Total	49	39	88

Proporción (%)	
Muestra 1	37,500
Muestra 2	55,682

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-18,182	-30,994	-5,370

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado	1	0,0124
6,2500		

IC 2001

Número de casos: 33
 Tamaño de muestra: 88
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
37,500	26,817	48,183

IC 2009

Número de casos: 49
 Tamaño de muestra: 88
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
55,682	44,735	66,629

(RE 4) RECURSOS ECONÓMICOS. Moderadamente deteriorada

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	1	0	1
	Negativo	7	80	87
	Total	8	80	88
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0114		
2da clasificacion		0,0909		
Diferencia		-0,0795		
95	% interv. de confianza:	-0,1570	hasta	-0,0180

Prueba de comparación de proporciones -

Se mantiene el que estaba en resultados 0,04

IC 2001

Número de casos: 1
 Tamaño de muestra: 88
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
1,136	0,029	6,169	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 8
 Tamaño de muestra: 88
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
9,091	2,516	15,665	

(RE 5) RECURSOS ECONÓMICOS. Fuertemente deteriorada

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	1	1
	Negativo	5	82	87
	Total	5	83	88
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0114		
2da clasificacion		0,0568		
Diferencia		-0,0455		
95 % interv. de confianza:				
		-0,1157	hasta	0,0150

Prueba de comparación de proporciones – Epidat (Con 1 en lugar de 0) (total 89)

Valor p exacto

0,2188

IC 2001

Número de casos: 1
Tamaño de muestra: 88
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
1,136	0,029	6,169	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 5
Tamaño de muestra: 88
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
5,682	1,870	12,763	(Exacto)

INFORMACIÓN del ENCUESTADOR. PDF en SALUD MENTAL

- TABLA XXI

(SM 1) SALUD MENTAL. Excelente - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

		Muestra 2	
Muestra 1	Si	No	Total
Si	1	44	45
No	3	40	43
Total	4	84	88

	Proporción (%)
Muestra 1	51,136
Muestra 2	4,545

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
	46,591	34,827 58,355

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado		
34,0426	1	0,0000

IC 2001

Número de casos: 45
 Tamaño de muestra: 88
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
51,136	40,124	62,148

IC 2009

Número de casos: 4
 Tamaño de muestra: 88
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
4,545	1,252	11,231 (Exacto)

(SM 2) SALUD MENTAL. Bueno - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	10	20	30
No	28	30	58
Total	38	50	88

	Proporción (%)
Muestra 1	34,091
Muestra 2	43,182

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-9,091	-24,404	6,222

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado		
1,0208	1	0,3123

IC 2001

Número de casos: 30
 Tamaño de muestra: 88
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
34,091	23,619	44,563

IC 2009

Número de casos: 38
 Tamaño de muestra: 88
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
43,182	32,265	54,099

(SM 3) SALUD MENTAL. Ligeramente deteriorada - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	6	5	11
No	13	64	77
Total	19	69	88

	Proporción (%)
Muestra 1	12,500
Muestra 2	21,591

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-9,091	-16,488	1,424

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

0,0963

IC 2001

Número de casos: 11
 Tamaño de muestra: 88
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
12,500	5,022	19,978

IC 2009

Número de casos: 19
 Tamaño de muestra: 88
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
21,591	12,426	30,756

(SM 4) SALUD MENTAL. Moderadamente deteriorada - Excel

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	1	1
	Negativo	11	76	87
	Total	11	77	88
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0114		
2da clasificacion		0,1250		
Diferencia		-0,1136		
95 % interv. de confianza:				
		-0,1996	hasta	-0,0386

Prueba de comparación de proporciones - Epidat (Con 1 en lugar de 0) (total 89)

Valor p exacto

0,0063

IC 2001

Número de casos: 1
 Tamaño de muestra: 88
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
1,136	0,029	6,169	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 11
 Tamaño de muestra: 88
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
12,500	5,022	19,978	

(SM 5) SALUD MENTAL. Fuertemente deteriorada

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	1	1
	Negativo	4	83	87
	Total	4	84	88
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0114		
2da clasificacion		0,0455		
Diferencia		-0,0341		
95 % interv. de confianza:				
		-0,1006	hasta	0,0238

Prueba de comparación de proporciones - Epidat (Con 1 en lugar de 0) (total 89)

Valor p exacto

0,3750**IC 2001**

Número de casos: 1
Tamaño de muestra: 88
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
1,136	0,029	6,169	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 4
Tamaño de muestra: 88
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
4,545	1,252	11,231	(Exacto)

(SM 6) SALUD MENTAL. Totalmente deteriorada

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	0	0
	Negativo	12	76	88
	Total	12	76	88
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0000		
2da clasificacion		0,1364		
Diferencia		-0,1364		

IC 2001

Número de casos: 0
Tamaño de muestra: 88
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
0,000	0,000	4,105	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 12
Tamaño de muestra: 88
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
13,636	5,898	21,375	

INFORMACIÓN del ENCUESTADOR. PDF en SALUD FÍSICA

- TABLA XXII

(SF 1) SALUD FÍSICA. Excelente

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	21	21
	Negativo	1	66	67
	Total	1	87	88
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,2386		
2da clasificacion		0,0114		
Diferencia		0,2273		
95 % interv. de confianza:				
		0,1329	hasta	0,3271

Prueba de comparación de proporciones - Epidat (Con 1 en lugar de 0) (total 89)

Prueba de McNemar
Ji-cuadrado

	gl	Valor p
-----	-----	-----
16,4091	1	0,0001

IC 2001

Número de casos: 21
Tamaño de muestra: 88
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
23,864	14,390	33,338

IC 2009

Número de casos: 1
Tamaño de muestra: 88
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
1,136	0,029	6,169	(Exacto)

(SF 2) SALUD FÍSICA. Buena - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1		Muestra 2	
		Si	No
Si	8	28	36
No	11	41	52
Total	19	69	88

	Proporción (%)
Muestra 1	40,909
Muestra 2	21,591

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
19,318	6,008	32,629

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado	1	0,0104
6,5641		

IC 2001

Número de casos: 36
 Tamaño de muestra: 88
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
40,909	30,068	51,750

IC 2009

Número de casos: 19
 Tamaño de muestra: 88
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
21,591	12,426	30,756

(SF 3) SALUD FÍSICA. Ligeramente deteriorada - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

		Muestra 2	
		Si	No
Muestra 1			Total
Si	10	12	22
No	33	33	66
Total	43	45	88

	Proporción (%)
Muestra 1	25,000
Muestra 2	48,864

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-23,864	-37,948	-9,779

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado	1	0,0029
8,8889		

IC 2001

Número de casos: 22
 Tamaño de muestra: 88
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
25,000	15,385	34,615

IC 2009

Número de casos: 43
 Tamaño de muestra: 88
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
48,864	37,852	59,876

(SF 4) SALUD FÍSICA. Moderadamente deteriorada -
Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	2	7	9
No	10	69	79
Total	12	76	88

	Proporción (%)
Muestra 1	10,227
Muestra 2	13,636

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-3,409	-12,192	6,597

Prueba de comparación de proporciones

Valor p exacto

0,6291

IC 2001

Número de casos: 9
Tamaño de muestra: 88
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
10,227	3,328	17,126

IC 2009

Número de casos: 12
Tamaño de muestra: 88
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
13,636	5,898	21,375

(SF 5) SALUD FÍSICA. Fuertemente deteriorada

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	0	0
	Negativo	6	82	88
	Total	6	82	88
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0000		
2da clasificacion		0,0682		
Diferencia		-0,0682		

IC 2001

Número de casos:	0		
Tamaño de muestra:	88		
Nivel de confianza:	95,0%		
Proporción (%)		IC (95,0%)	
-----	-----	-----	
0,000	0,000	4,105	(Exacto)

IC 2009

Número de casos:	6		
Tamaño de muestra:	88		
Nivel de confianza:	95,0%		
Proporción (%)		IC (95,0%)	
-----	-----	-----	
6,818	0,984	12,653	

(SF 6) SALUD FÍSICA. Totalmente deteriorada

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	0	0
	Negativo	7	81	88
	Total	7	81	88
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0000		
2da clasificacion		0,0795		
Diferencia		-0,0795		

IC 2001

Número de casos:	0		
Tamaño de muestra:	88		
Nivel de confianza:	95,0%		
Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----		
0,000	0,000	4,105	(Exacto)

IC 2009

Número de casos:	7		
Tamaño de muestra:	88		
Nivel de confianza:	95,0%		
Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----		
7,955	1,733	14,176	

INFORMACIÓN del ENCUESTADOR. PDF en ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA - TABLA XXIII

(AVD 1) ACTIVIDADES VIDA DIARIA. Excelente - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

		Muestra 2	
Muestra 1	Si	No	Total
Si	1	41	42
No	2	44	46
Total	3	85	88

	Proporción (%)
Muestra 1	47,727
Muestra 2	3,409

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
	44,318	33,024 55,613

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado		
33,5814	1	0,0000

IC 2001

Número de casos: 42
Tamaño de muestra: 88
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
47,727	36,723	58,731

IC 2009

Número de casos: 3
Tamaño de muestra: 88
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
3,409	0,709	9,641 (Exacto)

(AVD 2) ACTIVIDADES VIDA DIARIA. Bueno - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	7	26	33
No	22	33	55
Total	29	59	88

	Proporción (%)
Muestra 1	37,500
Muestra 2	32,955

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
4,545	-10,856	19,947

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado	1	0,6650
0,1875		

IC 2001

Número de casos: 33
 Tamaño de muestra: 88
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
37,500	26,817	48,183

IC 2009

Número de casos: 29
 Tamaño de muestra: 88
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
32,955	22,566	43,344

(AVD 3) ACTIVIDADES VIDA DIARIA. Ligeramente
deteriorada - Epidat

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Si	Muestra 2	
		No	Total
Si	2	8	10
No	26	52	78
Total	28	60	88

	Proporción (%)
Muestra 1	11,364
Muestra 2	31,818

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
	-20,455	-32,718 -8,191

Prueba de McNemar	gl	Valor p
Ji-cuadrado	1	0,0036
8,5000		

IC 2001

Número de casos: 10
Tamaño de muestra: 88
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
11,364	4,165	18,563

IC 2009

Número de casos: 28
Tamaño de muestra: 88
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
31,818	21,519	42,118

(AVD 4) SALUD FÍSICA. Moderamente deteriorada

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	2	2
	Negativo	11	75	86
	Total	11	77	88
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0227		
2da clasificacion		0,1250		
Diferencia		-0,1023		
95 % interv. de confianza:				
		-0,1899	hasta	-0,0222

Valor p exacto

0,0225**IC 2001**

Número de casos:	2		
Tamaño de muestra:	88		
Nivel de confianza:	95,0%		
Proporción (%)		IC (95,0%)	
-----	-----	-----	
2,273	0,276	7,970	(Exacto)

IC 2009

Número de casos:	11		
Tamaño de muestra:	88		
Nivel de confianza:	95,0%		
Proporción (%)		IC (95,0%)	
-----	-----	-----	
12,500	5,022	19,978	

(AVD 5) SALUD FÍSICA. Fuertemente deteriorada

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	1	1
	Negativo	7	80	87
	Total	7	81	88
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0114		
2da clasificacion		0,0795		
Diferencia		-0,0682		
95 % interv. de confianza:				
		-0,1447	hasta	-0,0027

Prueba de comparación de proporciones -

Se mantiene el que estaba en resultados 0,07

IC 2001

Número de casos: 1
 Tamaño de muestra: 88
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
1,136	0,029	6,169	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 7
 Tamaño de muestra: 88
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
7,955	1,733	14,176	

(AVD 6) SALUD FÍSICA. Totalmente deteriorada

		2009		
		Positivo	Negativo	Total
2001	Positivo	0	0	0
	Negativo	10	78	88
	Total	10	78	88
Proporcion positiva:				
1ra clasificacion		0,0000		
2da clasificacion		0,1136		
Diferencia		-0,1136		

Prueba de comparación de proporciones -

Se mantiene el que estaba en resultados 0,003

IC 2001

Número de casos: 0
 Tamaño de muestra: 88
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
0,000	0,000	4,105	(Exacto)

IC 2009

Número de casos: 10
 Tamaño de muestra: 88
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
11,364	4,165	18,563	



A12. CÁLCULO DE LAS VARIABLES DE LAS DIFERENTES ÁREAS ESTUDIADAS SEGÚN EL SEXO

CUESTIONARIO PRELIMINAR

Sexo = Hombre

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	0	15	46,9
	1	2	6,3
	2	3	9,4
	3	2	6,3
	4	1	3,1
	7	1	3,1
	8	1	3,1
	9	1	3,1
	10	6	18,8
	Total	32	100

Sexo = Mujer

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	0	22	40
	1	3	5,5
	2	7	12,7
	3	7	12,7
	4	3	5,5
	5	1	1,8
	6	4	7,3
	7	1	1,8
	9	1	1,8
	10	6	10,9
	Total	55	100

Sexo = Hombre

		CUESTIONARIO SPMQS RECODIFICADO 2009				Total
		SIN ALTERACION	ALTERACION LEVE	MODERADO DETERIORO INTELLECTUAL	ALTERACION SEVERA	
CUESTIONARIO SPMQS RECODIFICADO 2001	SIN ALTERACION	62,5%	9,4%	3,1%	25%	100%
Total		62,5%	9,4%	3,1%	25%	100%

p=0,01

Sexo = Mujer

		CUESTIONARIO SPMQS RECODIFICADO 2009				Total
		SIN ALTERACION	ALTERACION LEVE	MODERADO DETERIORO INTELLECTUAL	ALTERACION SEVERA	
CUESTIONARIO SPMQS RECODIFICADO 2001	SIN ALTERACION	58,5%	18,9%	9,4%	13,2%	100%
	ALTERACION LEVE	0%	0%	1000%	0%	100%
	MODERADO DETERIORO INTELLECTUAL	100%	0%	0%	0%	100%
Total		58,2%	18,2%	10,9%	12,7%	100%

p<0,001

SE ENCUENTRA SOLO**Sexo = Hombre**

		12. Se encuentra solo 2009			Total
		Muy a menudo	Algunas veces	Casi nunca	
12. Se encuentra solo 2001	Muy a menudo	50%	50%	0%	1000%
	Algunas veces	0%	0%	100%	1000%
	Casi nunca	13,6%	18,2%	68,2%	100%
Total		14,8%	18,5%	66,7%	100%

 $p=0,246$ **Sexo = Mujer**

		12. Se encuentra solo 2009			Total
		Muy a menudo	Algunas veces	Casi nunca	
12. Se encuentra solo 2001	Muy a menudo	33,3%	50%	16,7%	100%
	Algunas veces	9,1%	36,4%	54,5%	100%
	Casi nunca	6,5%	22,6%	71%	100%
Total		15,7%	23,9%	60,4%	100%

 $p=0,703$

ALGUIEN EN QUIEN CONFIAR**Sexo = Hombre**

		11. Alguien en quien confiar.2009	Total
		Sí	
11. Alguien en quien confiar. 2001	Sí	100,0%	100,0%
Total		100,0%	100,0%

Sexo = Mujer

		11. Alguien en quien confiar.2009		Total
		No	Sí	
11. Alguien en quien confiar.2001	No	0%	100%	100%
	Sí	2,1%	97,9%	100%
Total		2%	98%	100%

p=1

VER A SUS FAMILIARES**Sexo = Hombre**

		13. Ver a sus familiares 2009		Total
		No tan a menudo como quisiera	Tan a menudo como quiero	
13. Ver a sus familiares 2001	No tan a menudo como quisiera	33,3%	66,7%	100%
	Tan a menudo como quiero	30,8%	69,2%	100%
Total		31,6%	68,4%	100%

p=1

Sexo = Mujer

		13. Ver a sus familiares 2009		Total
		No tan a menudo como quisiera	Tan a menudo como quiero	
13. Ver a sus familiares 2001	No tan a menudo como quisiera	50%	50%	100%
	Tan a menudo como quiero	14,8%	85,2%	100%
Total		24,3%	75,7%	100

p=1

AYUDA EXTERNA**Sexo = Hombre**

		14. Ayuda externa 2009		Total
		No	Sí	
14. Ayuda externa 2001	Sí	8,7%	91,3%	100,0%
Total		8,7%	91,3%	100,0%

 $p=0,157$ **Sexo = Mujer**

		14. Ayuda externa 2009		Total
		No	Sí	
14. Ayuda externa 2001	No	33,3%	66,7%	100%
	Sí	7,7%	92,3%	100%
Total		11,1%	88,9%	100%

 $p=0,705$

CUIDADOS**Sexo = Hombre**

		14.a Cuidados 2009			Total
		Alguien de forma ocasional	Alguien por algún tiempo	Alguien indefinidamente	
14.a Cuidados 2001	Alguien por algún tiempo	0%	100%	0%	
	Alguien indefinidamente	11,1%	22,2%	66,7%	100%
Total		10%	30%	60%	100%

p=0,021

Sexo = Mujer

		14.a Cuidados 2009			Total
		Alguien de forma ocasional	Alguien por algún tiempo	Alguien indefinidamente	
14.a Cuidados 2001	Alguien de forma ocasional	0%	100%	0%	100%
	Alguien por algún tiempo	40%	20%	40%	100%
	Alguien indefinidamente	34,5%	27,6%	37,9%	100%
Total		34,3%	28,6%	37,1%	100%

p<0,001

CUANTAS VECES SE PREOCUPA POR LAS COSAS

Sexo = Hombre

		S. mental 31. Cuantas veces se preocupa.2009			Total
		Muy a menudo	Algunas veces	Casi nunca	
S. mental 31. Cuantas veces se preocupa.2001	Muy a menudo	50,0%	37,5%	12,5%	100,0%
	Algunas veces	37,5%	37,5%	25,0%	100,0%
	Casi nunca	66,7%	33,3%	,0%	100,0%
Total		48,1%	37,0%	14,8%	100,0%

$p=0,45$

Sexo = Mujer

		S. mental 31. Cuantas veces se preocupa.2009			Total
		Muy a menudo	Algunas veces	Casi nunca	
S. mental 31. Cuantas veces se preocupa.2001	Muy a menudo	58,1%	29%	12,9%	100%
	Algunas veces	58,3%	25%	16,7%	100%
	Casi nunca	66,7%	16,7%	16,7%	100%
Total		59,2%	26,5%	14,3%	100%

$p=0,674$

ENCUENTRA LA VIDA INTERESANTE**Sexo = Hombre**

		32. Encuentra la vida interesante.2009				Total
		Aburrida	Rutinaria	Interesante	NC	
32. Encuentra la vida interesante.2001	Aburrida	33,3%	33,3%	0%	33,3%	100%
	Rutinaria	11,1%	33,3%	55,6%	0%	100%
	Interesante	0%	33,3%	66,7%	0%	100%
Total		7,4%	33,3%	55,6%	3,7%	100%

p=0,351

Sexo = Mujer

		32. Encuentra la vida interesante. 2009				Total
		Aburrida	Rutinaria	Interesante	NC	
32. Encuentra la vida interesante.2001	Aburrida	35,7%	14,3%	42,9%	7,1%	100%
	Rutinaria	23,1%	30,8%	46,2%	0%	100%
	Interesante	0%	36,4%	63,6%	0%	100%
Total		16,3%	28,6%	53,1%	2%	100%

p=0,106

SATISFACCION CON LA VIDA

Sexo = Hombre

		33. Satisfacción con la vida 2009		Total
		Regular	Buena	
33. Satisfacción con la vida 2001	Mala	100%	0%	100%
	Regular	55,6%	44,4%	100%
	Buena	17,6%	82,4%	100%
Total		33,3%	66,7%	100%

$p=0,48$

Sexo = Mujer

		33. Satisfacción con la vida 2009			Total
		Mala	Regular	Buena	
33. Satisfacción con la vida 2001	Mala	16,7%	66,7%	16,7%	100%
	Regular	50%	45%	500%	100%
	Buena	8,7%	26,1%	65,2%	100%
Total		8,2%	38,8%	53,1%	100%

$p=0,384$

VALORACION SALUD MENTAL

Sexo = Hombre

		35. Valoración salud mental 2009			Total
		Mala	Regular	Buena	
35. Valoración salud mental 2001	Mala	25,0%	25%	50%	100%
	Regular	0%	25%	75%	100%
	Buena	7,1%	50%	42,9%	100%
	Excelente	0%	40%	60%	100%
Total		7,4%	40,7%	51,9%	100%

$p=0,17$

Sexo = Mujer

		35. Valoración salud mental 2009				Total
		Mala	Regular	Buena	Excelente	
35. Valoración salud mental 2001	Mala	11,1%	55,6%	33,3%	0%	100%
	Regular	0%	35,7%	64,3%	0%	100%
	Buena	5,3%	42,1%	52,6%	0%	100%
	Excelente	12,5%	37,5%	37,5%	12,5%	100%
Total		6%	42%	50%	2%	100%

$p=0,799$

VALORACION GLOBAL DE LA SALUD

Sexo = Hombre

		53. Valoración global de la salud 2009				Total
		Mala	Regular	Buena	Excelente	
53. Valoración global de la salud 2001	Mala	33,3%	33,3%	33,3%	0%	100%
	Regular	0%	87,5%	12,5%	0%	100%
	Buena	0%	50%	50%	0%	100%
	Excelente	0%	0%	75%	25%	100%
Total		3,7%	51,9%	40,7%	3,7%	100%

$p=0,197$

Sexo = Mujer

		53. Valoración global de la salud 2009				Total
		Mala	Regular	Buena	Excelente	
53. Valoración global de la salud 2001	Mala	25%	50%	25%	0%	100%
	Regular	10,5%	42,1%	47,4%	0%	100%
	Buena	5,3%	36,8%	57,9%	0%	100%
	Excelente	14,3%	28,6%	42,9%	14,3%	100%
Total		10,2%	38,8%	49%	2%	100%

$p=0,248$

SALUD COMPARADA CON HACE 5 AÑOS

Sexo = Hombre

		54. Salud comparada con hace 5 años 2009			Total
		Peor	Igual	Mejor	
54. Salud comparada con hace 5 años 2001	Peor	76,9%	23,1%	0%	100%
	Igual	66,7%	25%	8,3%	100%
	Mejor	50%	50%	0%	100%
Total		70,4%	25,9%	3,7%	100%

$p=0,09$

Sexo = Mujer

		54. Salud comparada con hace 5 años 2009			Total
		Peor	Igual	Mejor	
54. Salud comparada con hace 5 años 2001	Peor	72,7%	21,2%	6,1%	100%
	Igual	53,8%	46,2%	0%	100%
	Mejor	50%	50%	0%	100%
Total		66,0%	30%	4%	100%

$p=0,724$

CUANTO LE IMPIDEN SUS PROBLEMAS DE SALUD

Sexo = Hombre

		55. Cuánto le impiden los problemas salud 2009			Total
		Mucho	Un poco	No. nada	
55. Cuánto le impiden los problemas salud 2001	Mucho	66,7%	33,3%	0%	100%
	Un poco	37,5%	37,5%	25%	100%
	No. nada	6,3%	62,5%	31,3%	100%
Total		22,2%	51,9%	25,9%	100%

$p=0,007$

Sexo = Mujer

		55. Cuánto le impiden los problemas salud 2009			Total
		Mucho	Un poco	No. nada	
55. Cuánto le impiden los problemas salud 2001	Mucho	20%	80%	0%	100%
	Un poco	35,3%	58,8%	5,9%	100%
	No. nada	25,9%	33,3%	40,7%	100%
Total		28,6%	46,9%	24,5%	100%

$p=0,001$

AVD- USAR EL TELEFONO**Sexo = Hombre**

		AVD ins. Puede usar el teléfono.2009				Total
		La resulta imposible	Con alguna ayuda	Sin ayuda	NC	
AVD ins. Puede usar el teléfono.2001	Con alguna ayuda	100%	0%	0%	0%	100%
	Sin ayuda	10%	3,3%	83,3%	3,3%	100%
Total		12,9%	3,2%	80,6%	3,2%	100%

p=0,9

Sexo = Mujer

		AVD ins. Puede usar el teléfono.2009			Total
		La resulta imposible	Con alguna ayuda	Sin ayuda	
AVD ins. Puede usar el teléfono. 2001	Con alguna ayuda	0%	0%	100%	100%
	Sin ayuda	9,8%	5,9%	84,3%	100%
	NC	100%	0%	0%	100%
Total		11,1%	5,6%	83,3%	100%

p=0,052

AVD-LLEGAR A PIE**Sexo = Hombre**

		AVD ins. Puede llegar a pie.2009			Total
		La resulta imposible	Con alguna ayuda	Sin ayuda	
AVD ins. Puede llegar a pie.2001	Con alguna ayuda	0%	100%	0%	100%
	Sin ayuda	13,3%	13,3%	73,3%	100%
Total		12,9%	16,1%	71%	100%

 $p=0,007$ **Sexo = Mujer**

		AVD ins. Puede llegar a pie.2009			Total
		La resulta imposible	Con alguna ayuda	Sin ayuda	
AVD ins. Puede llegar a pie.2001	Con alguna ayuda	0%	100%	0%	100%
	Sin ayuda	7,7%	42,3%	50%	100%
Total		7,4%	44,4%	48,1%	100%

 $p<0,001$

AVD- PUEDE COMPRAR**Sexo = Hombre**

		AVD ins. Puede comprar.2009			Total
		La resulta imposible	Con alguna ayuda	Sin ayuda	
AVD ins. Puede comprar.2001	La resulta imposible	100	0%	0%	100%
	Con alguna ayuda	50%	50%	0%	100%
	Sin ayuda	10,7%	17,9%	71,4%	100%
Total		16,1%	19,4%	64,5%	100%

 $p=0,005$ **Sexo = Mujer**

		AVD ins. Puede comprar.2009			Total
		La resulta imposible	Con alguna ayuda	Sin ayuda	
AVD ins. Puede comprar.2001	Sin ayuda	20,4%	29,6%	50%	100%
Total		20,4%	29,6%	50%	100%

 $p<0,001$

AVD- PUEDE PREPARAR LA COMIDA**Sexo = Hombre**

		AVD ins. Puede preparar la comida.2009			Total
		La resulta imposible	Con alguna ayuda	Sin ayuda	
AVD ins. Puede preparar la comida.2001	La resulta imposible	100,0%	0%	0%	100%
	Con alguna ayuda	0%	100%	0%	100%
	Sin ayuda	14,3%	39,3%	46,4%	100%
Total		16,1%	41,9%	41,9%	100%

 $p < 0,001$ **Sexo = Mujer**

		AVD ins. Puede preparar la comida.2009			Total
		La resulta imposible	Con alguna ayuda	Sin ayuda	
AVD ins. Puede preparar la comida.2001	Con alguna ayuda	0%	0%	100%	100%
	Sin ayuda	11,3%	24,5%	64,2%	100%
Total		11,1%	24,1%	64,8%	100%

 $p < 0,001$

AVD- PUEDE HACER LAS COSAS DE CASA**Sexo = Hombre**

		AVD ins. Puede hacer las cosas de casa.2009			Total
		La resulta imposible	Con alguna ayuda	Sin ayuda	
AVD ins. Puede hacer las cosas de casa.2001	La resulta imposible	50%	50%	0%	100%
	Con alguna ayuda	50%	50%	0%	100%
	Sin ayuda	18,5%	40,7%	40,7%	100%
Total		22,6%	41,9%	35,5%	100%

 $p < 0,001$ **Sexo = Mujer**

		AVD ins. Puede hacer las cosas de casa.2009			Total
		La resulta imposible	Con alguna ayuda	Sin ayuda	
AVD ins. Puede hacer las cosas de casa.2001	Con alguna ayuda	16,7%	66,7%	16,7%	100%
	Sin ayuda	14,6%	45,8%	39,6%	100%
Total		14,8%	48,1%	37%	100%

 $p < 0,001$

AVD-PUEDE TOMAR SUS MEDICAMENTOS**Sexo = Hombre**

		AVD ins. Puede tomar sus medicamentos.2009			Total
		La resulta imposible	Con alguna ayuda	Sin ayuda	
AVD ins. Puede tomar sus medicamentos.2001	Con alguna ayuda	,0%	,0%	100,0%	100,0%
	Sin ayuda	10,0%	6,7%	83,3%	100,0%
Total		9,7%	6,5%	83,9%	100,0%

p=0,071**Sexo = Mujer**

		AVD ins. Puede tomar sus medicamentos.2009			Total
		La resulta imposible	Con alguna ayuda	Sin ayuda	
AVD ins. Puede tomar sus medicamentos.2001	Con alguna ayuda	0%	0%	100%	100%
	Sin ayuda	11,3%	13,2%	75,5%	100%
Total		11,1%	13%	75,9%	100%

p=0,001

AVD- PUEDE ADMINISTRAR SU DINERO**Sexo = Hombre**

		AVD ins. Puede administrar su dinero.2009			Total
		La resulta imposible	Con alguna ayuda	Sin ayuda	
AVD ins. Puede administrar su dinero.2001	Con alguna ayuda	100%	0%	0%	100%
	Sin ayuda	10%	3,3%	86,7%	100%
Total		12,9%	3,2%	83,9%	100%

p=0,033

Sexo = Mujer

		AVD ins. Puede administrar su dinero.2009			Total
		La resulta imposible	Con alguna ayuda	Sin ayuda	
AVD ins. Puede administrar su dinero.2001	Sin ayuda	13%	11,1%	75,9%	100%
Total		13%	11,1%	75,9%	100%

p=0,001

AVD - PUEDE COMER**Sexo = Hombre**

		AVD físico.Puede comer.2009			Total
		La resulta imposible	Con alguna ayuda	Sin ayuda	
AVD físico.Puede comer.2001	Sin ayuda	9,7%	3,2%	87,1%	100%
Total		9,7%	3,2%	87,1%	100%

 $p=0,052$ **Sexo = Mujer**

		AVD físico.Puede comer.2009			Total
		La resulta imposible	Con alguna ayuda	Sin ayuda	
AVD físico.Puede comer.2001	Sin ayuda	3,7%	3,7%	92,6%	100%
Total		3,7%	3,7%	92,6%	100%

 $p=0,058$

AVD- PUEDE VESTIRSE**Sexo = Hombre**

		AVD físico.Puede vestirse.2009			Total
		La resulta imposible	Con alguna ayuda	Sin ayuda	
AVD físico.Puede vestirse.2001	Con alguna ayuda	0%	100%	0%	100%
	Sin ayuda	10%	6,7%	83,3%	100%
Total		9,7%	9,7%	80,6%	100%

 $p=0,033$ **Sexo = Mujer**

		AVD físico.Puede vestirse.2009			Total
		La resulta imposible	Con alguna ayuda	Sin ayuda	
AVD físico.Puede vestirse.2001	Con alguna ayuda	50%	0%	50%	100%
	Sin ayuda	1,9%	19,2%	78,8%	100%
Total		3,7%	18,5%	77,8%	100%

 $p=0,003$

AVD- PUEDE CUIDAR SU APARIENCIA**Sexo = Hombre**

		AVD físico.Puede Cuidar su apariencia.2009			Total
		La resulta imposible	Con alguna ayuda	Sin ayuda	
AVD físico.Puede Cuidar su apariencia.2001	Con alguna ayuda	100%	0%	0%	100%
	Sin ayuda	10%	6,7%	83,3%	100%
Total		12,9%	6,5%	80,6%	100%

 $p=0,02$ **Sexo = Mujer**

		AVD físico.Puede Cuidar su apariencia.2009			Total
		La resulta imposible	Con alguna ayuda	Sin ayuda	
AVD físico.Puede Cuidar su apariencia.2001	Sin ayuda	3,7%	5,6%	90,7%	100%
Total		3,7%	5,6%	90,7%	100%

 $p=0,035$

AVD - PUEDE ANDAR**Sexo = Hombre**

		AVD físico.Puede andar.2009			Total
		La resulta imposible	Con alguna ayuda	Sin ayuda	
AVD físico.Puede andar.2001	Con alguna ayuda	0%	66,7%	33,3%	100%
	Sin ayuda	10,7%	10,7%	78,6%	100%
Total		9,7%	16,1%	74,2%	100%

p=0,046

Sexo = Mujer

		AVD físico.Puede andar.2009			Total
		La resulta imposible	Con alguna ayuda	Sin ayuda	
AVD físico.Puede andar.2001	Sin ayuda	1,9%	37%	61,1%	100%
Total		1,9%	37%	61,1%	100%

p<0,001

AVD- PUEDE ACOSTARSE**Sexo = Hombre**

		AVD físico.Puede acostarse.2009			Total
		La resulta imposible	Con alguna ayuda	Sin ayuda	
AVD físico.Puede acostarse.2001	Con alguna ayuda	0%	100%	0%	100%
	Sin ayuda	10,0%	6,7%	83,3%	100%
Total		9,7%	9,7%	80,6%	100%

 $p=0,033$ **Sexo = Mujer**

		AVD físico.Puede acostarse.2009			Total
		La resulta imposible	Con alguna ayuda	Sin ayuda	
AVD físico.Puede acostarse.2001	Sin ayuda	3,7%	9,3%	87%	100%
Total		3,7%	9,3%	87%	100%

 $p=0,013$

AVD- PUEDE LAVARSE**Sexo = Hombre**

		AVD físico.Puede lavarse.2009			Total
		La resulta imposible	Con alguna ayuda	Sin ayuda	
AVD físico.Puede lavarse.2001	La resulta imposible	50%	0%	50%	100%
	Con alguna ayuda	0%	100%	0%	100%
	Sin ayuda	14,3%	0%	85,7%	100%
Total		16,1%	3,2%	80,6%	100%

 $p=0,180$ **Sexo = Mujer**

		AVD físico.Puede lavarse.			Total
		La resulta imposible	Con alguna ayuda	Sin ayuda	
AVD físico.Puede lavarse.	Con alguna ayuda	0%	0%	100%	100%
	Sin ayuda	11,5%	28,8%	59,6%	100%
Total		11,1%	27,8%	61,1%	100%

 $p<0,001$

AVD - PROBLEMAS DE INCONTINENCIA**Sexo = Hombre**

		AVD físico. Problemas de incontinencia.2009		Total
		Sí	No	
AVD físico. Problemas de incontinencia.2001	No	10,3%	89,7%	100%
Total		10,3%	89,7%	100%

 $p=0,083$ **Sexo = Mujer**

		AVD físico. Problemas de incontinencia.2009		Total
		Sí	No	
AVD físico. Problemas de incontinencia.2001	Sí	54,5%	45,5%	100%
	No	14,0%	86%	100%
Total		22,2%	77,8%	100%

 $p=0,763$